**损害赔偿**



Department of Executive Services

**Office of Risk Management Services**

电话: 206-263-2250

TTY: 800-833-6388

8:30am - 4:30pm

星期一至星期五

kingcounty.gov/claims

**说明**

请填妥此表格正反**两面**。请详细说明您遭受的损害或损失。包括证人和证明文件。

您所提交的资料及文件受公开记录法约束。

**请勿将敏感的个人或医疗记录随索赔表一起发送。**

如有需要，我们的调查员会要求您提供个人或医疗记录。

请务必在您已填写的表格上**签名** 。

索赔表填妥后，您可以通过以下任一方式提交:

您可将已填写并签名的索赔表电邮至: fileaclaim@kingcounty.gov

您可将已填写并签名的索赔表邮寄或投递至：

King County Office of Risk Management Services

King Street Center

201 South Jackson Street, Suite 320

Seattle, WA 98104

风险管理服务办公室会就您的索赔展开调查。我们会在收到您的索赔表后展开调查。调查员可能会要求您提供证明文件。他们会提供一个电子邮件地址让您提交相关文件。

您的索赔可能会出现以下三种结果之一，King County 会：

支付一笔钱。

偿付索赔或将其移交给其他责任方或实体。

在没有证据证明 King County 有责任的情况下，拒绝索赔。

如有疑问，请致电风险管理服务办公室: 206-263-2250.

**索赔人信息**

首选语言: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

索赔人姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 邮寄地址: |  |  |  |  |
|  | 街道地址 - 城市 - 州 - 美国邮编 | | | |

电子邮件地址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

首选电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 备用电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

您是否由律师代理? □ 是 □ 否

律师姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 邮寄地址: |  |  |  |  |
|  | 街道地址 - 城市 - 州 - 美国邮编 | | | |

电子邮件地址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**事故信息**

日期: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_:\_\_\_\_ □ AM □ PM

事故发生的地点是? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

街道或道路名称: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 最近的十字路口: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

请描述发生了什么（如有需要可附加更多页面）。 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否受伤? □ 是 □ 否

请描述遭受损害或受伤情况。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

King County 是如何涉及其中的? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

证人及其他相关人士:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 姓名 - 电话/电子邮件 - 该人士是如何涉及其中的? | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

您的车辆是否涉及其中或遭受损害? □ 是 □ 否

汽车牌照: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 制造商: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 型号: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年份: \_\_\_\_\_\_

车主姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保险公司: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保险单号: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

保险理赔编号: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是否有Metro Transit巴士或其他金郡车辆涉事？ □ 是 □ 否

路线: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 车号: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 汽车牌照: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我是一名: □ 公交车乘客 □ 另一辆车的司机 □ 行人

□ 另一辆车的乘客 □ 另一辆车的车主 □ 骑自行车者

我要求赔偿的金额为 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**本人谨此声明，根据华盛顿州法律关于伪证罪的规定，以上内容真实准确。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 签名 | 正楷签名 | 日期 | 城市、州 |