

损害赔偿



King County

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

请填写此表格正反**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：fileclaim@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