



Instructions

5 H P S O L V V H] O H V G H X [F L I W L p T V X H G V X
 G R P P X D J S H V U W H V , Q F O X U H O H V
 / H V L Q I R U P D W L R Q V H W O H V G R F X P H O W V R 250 FT
 D U F K L Y H V S X E O L T X H V

King County

Department of Executive Services
 Office of Risk Management Services
 TTY: 800-833-6388
 kingcounty.gov/claims

N'envoyez pas de dossiers personnels ou médicaux sensibles avec votre formulaire de réclamation. Notre investigateur demandera vos dossiers personnels ou médicaux si nécessaire.

Assurez vous de signer votre formulaire de réclamation d ment rempli.

Vous pouvez soumettre votre formulaire de réclamation rempli de l'une des manières suivantes:

(Q Y R \ H] Y R W U H I R U P X O D fileaclaim@kingcounty.gov p F O D P
 (Q Y R \ H] S D H U U O Y D R W S J R H V W I H R U R X O D L S U S H R U W H U p
 King County Office of Risk Management Services
 King Street Center
 201 South Jackson Street, Suite 320
 Seattle, WA 98104

Le Bureau des services de gestion des risques enquêtera sur votre réclamation. Notre enquête commence lorsque nous recevons votre formulaire de réclamation. Votre investigateur peut demander des pièces justificatives. Il vous fournira une adresse électronique où vous pourrez soumettre ces documents.

Votre réclamation peut donner lieu à l'un des trois résultats suivants pour King County :

1. Paiement d'une somme d'argent.
2. Envoi ou transfert d'une réclamation à une autre partie ou entité responsable.
3. Refus d'une réclamation lorsqu'il n'y a pas de preuve de la responsabilité du comté de King.

Si vous avez des questions, veuillez appeler 206-263-2250.

Informations sur le demandeur

Langue préférée : _____

Nom du demandeur : _____

Adresse postale : _____
 Adresse postale - Ville - État - Code postal

Adresse courriel : _____

7 p O p S K R Q H S U p I \$ p X U W p U H W p O p S K R Q H
 Date G H Q D L V V D Q F H

Ç W H V Y R X V U H S No p Q V H Q W p S D U X Q D

1 R P	G H	O	D Y R F D W
\$ G U H V	V H S R V W D O H	\$ G U H V V H	S R V W D O H 9 L O O H
\$ G U H V	V H F R X U U L H O		
7 p O :	p S K R Q H		

Incident information

Date de l'incident: _____ Heure de l'incident: _____ AM (matin) PM (après-midi)

Où l'incident s'est-il produit? _____

Nom de la rue ou de la route: _____ Intersection: _____

Décrivez ce qui s'est passé (joignez d'autres pages au besoin).

Avez-vous été blessé? Oui Non

Décrivez tout dommage ou blessure.

Comment King County a-t-il été impliqué?

Témoins et autres personnes concernées :

Nom - Téléphone/Courriel - Comment cette personne a-t-elle été impliquée ?

1. _____

2. _____

3. _____

Votre véhicule a-t-il été impliqué ou endommagé? Oui Non

Plaque : _____ Marque : _____ Modèle : _____ Année : _____

Nom du propriétaire : _____

Compagnie d'assurance : _____

Numéro de police d'assurance : _____

Numéro de réclamation d'assurance : _____

Un autobus ou autre véhicule de King County était-il impliqué? Oui Non

Itinéraire : _____ Numéro de véhicule : _____ Plaque : _____

J'étais un: Passager en autobus Chauffeur d'un autre véhicule Piéton

Passager d'un autre véhicule Propriétaire d'un autre véhicule Cycliste

Je réclame des dommages-intérêts d'un montant de _____ \$.

Je déclare sous peine de parjure en vertu des lois de l'État de Washington que ce qui précède est vrai et exact.

Signature

Nom en caractères
d'imprimerie

Date

Ville et État