



SOUNDTRANSIT Formulario de reclamación de Sound Transit

Este formulario .pdf rellenable puede utilizarse en lugar del [portal en línea](#). El portal actualmente está disponible solo en inglés. O bien, en lugar de este formulario, puede utilizarse el Formulario de reclamación por agravio estándar del Estado de Washington (véase el Código Revisado de Washington (RCW 4.96). El formulario estándar de reclamación por agravio se puede encontrar [aquí](#). Este formulario de reclamación y cualquier documento presentado con este formulario de reclamación se consideran registros públicos y están sujetos a divulgación (RCW 42.56).

La no presentación de este formulario a Sound Transit dentro del plazo de prescripción de su reclamación puede impedir cualquier reembolso.

Instrucciones para rellenar el formulario de reclamación:

Proporcione toda la información solicitada y todos los documentos o pruebas disponibles que respalden su reclamación, como fotografías, vídeos, pruebas de propiedad y presupuestos de reparación de daños materiales, historiales médicos y facturas de lesiones corporales, etc. Si necesita espacio adicional para responder a algún punto, utilice el reverso o la segunda página de este formulario o adjunte una(s) página(s) aparte.

Presentación del formulario de reclamación:

Envíe por correo electrónico el formulario completo y los archivos adjuntos a claims@soundtransit.org o envíe por correo postal o entregue su formulario completo y los archivos adjuntos a: **Sound Transit, ATTN: Risk Management Division, 401 S. Jackson Street, Seattle, WA 98104-2326**. El horario de atención al público es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Consideraciones sobre las reclamaciones:

La División de Gestión de Riesgos de Sound Transit revisará su reclamación. Recibirá un acuse de recibo de la reclamación por correo, correo electrónico o llamada telefónica.

Su reclamo se evaluará basado en los hechos presentados, las leyes aplicables, la responsabilidad legal de Sound Transit (y sus contratistas) y la magnitud de los daños.

Su reclamación puede generar tres resultados:

- Sound Transit pagará una suma de dinero.
- El reclamo será adjudicado o transferido a otra parte o entidad responsable.
- La reclamación se denegará si no hay pruebas de la responsabilidad de Sound Transit.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Sound Transit llamando al 206-398-5000

Presentación de una notificación

El Administrador de la Junta o su delegado es el único representante autorizado de Sound Transit para la notificación legal de procesos. Entregue los documentos a Katie Flores en la oficina de Sound Transit, 401 S. Jackson Street, Seattle, WA.



SOUNDTRANSIT Formulario de reclamación de Sound Transit

Sound Transit puede presentar este Formulario de reclamación a una o más de sus compañías de seguros.

ES UN DELITO PROPORCIONAR CONSCIENTEMENTE INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL PROPÓSITO DE DEFRAUDARLA. LAS SANCIONES INCLUYEN PENAS DE PRISIÓN, MULTAS Y DENEGACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO.

Datos del reclamante

Nombre del reclamante:	Dirección actual:
Título del reclamante (Sr./Sra./Dr., etc.):	Dirección postal (si es diferente):
Fecha de nacimiento del reclamante:	Dirección residencial en el momento del siniestro (si difiere de la dirección actual)
Correo electrónico del reclamante:	Teléfono del reclamante: Teléfono alternativo:

Información sobre el incidente

Fecha y hora en que se produjo el incidente y la presunta lesión o daño:	Tipo de lesión o daño: (Marque todo lo que corresponda)
Lugar donde se produjo el incidente y la presunta lesión o daño:	Lesiones corporales <input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/>
Describa la conducta y las circunstancias que causaron la lesión o el daño:	Si se trata de una propiedad o un vehículo, nombre, dirección y número de teléfono del propietario registrado, si no es el mismo que el del reclamante:
	Año/Marca/Modelo:
	Número de licencia/Estado:
Importe de los daños reclamados:	¿Se ha informado del incidente, lesiones o daños a la compañía de seguros del reclamante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Se ha informado a las autoridades? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Se ha emitido una citación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Agencia del orden público:		Informe n°:
¿Se tomaron fotografías? Sí (por favor incluya) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Se preparó previamente un Formulario de informe de incidente de Sound Transit en relación con este incidente? Sí (adjuntar informe de incidentes) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Le representa un abogado? Sí (incluya nombre, dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Enumere todas las personas/ testigos involucrados:	Dirección y teléfono:	Naturaleza de la participación/testigo:
¿Quién denuncia el incidente y los supuestos daños o lesiones (Marque todo lo que corresponda)? Demandante <input type="checkbox"/> Representante del demandante <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>		

Declaración y firma

Este formulario de Reclamación debe estar firmado por el Reclamante, por una persona que posea un poder escrito del Reclamante, por el apoderado del Reclamante, por un abogado admitido a ejercer en el Estado de Washington en nombre del Reclamante, o por un tutor o tutor ad litem aprobado por el tribunal en nombre del Reclamante.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de Washington que lo anterior es cierto y correcto Firma del reclamante o de su representante:	
Fecha y lugar (Ciudad/Estado):	Nombre y cargo del firmante en letra de imprenta:

(CF8/24)

