



SOUNDTRANSIT Le formulaire de demande d'indemnisation e Sound Transit

Ce formulaire .pdf à remplir peut être utilisé au lieu du [portail en ligne](#). Le portail n'est actuellement disponible qu'en anglais. Le formulaire standard de procédure civile de l'État de Washington peut également être utilisé à la place de ce formulaire (voir le code révisé de l'État de Washington (RCW 4.96)). Le formulaire standard de procédure civile est disponible [ici](#). Ce formulaire de demande d'indemnisation et tous les documents joints à ce formulaire sont considérés comme des documents publics et doivent être divulgués (RCW 42.56).

Si vous ne présentez pas ce formulaire à Sound Transit dans le délai de prescription de votre demande, vous risquez de ne pas être remboursé.

Instructions pour remplir le formulaire de demande d'indemnisation :

Veillez fournir toutes les informations demandées et tous les documents ou preuves disponibles à l'appui de votre demande, tels que des photographies, des vidéos, des preuves de propriété et des devis de réparation pour les dommages matériels, des dossiers médicaux et des factures pour les dommages corporels, etc. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à une question, utilisez le verso ou la deuxième page de ce formulaire ou joignez une ou plusieurs pages séparées.

La transmission du formulaire de demande d'indemnisation :

Envoyez le formulaire rempli et les pièces jointes par courriel à claims@soundtransit.org ou envoyez le formulaire rempli et les pièces jointes par la poste ou par porteur à : **Sound Transit, ATTN : (Division de la gestion des risques) Risk Management Division, 401 S. Jackson Street, Seattle, WA 98104-2326** : Les heures d'ouverture sont du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00.

Points à prendre en compte pour les demandes d'indemnisation :

La division de la gestion des risques de Sound Transit examinera votre demande. Vous recevrez un accusé de réception par courrier, par courriel ou par téléphone.

Votre demande d'indemnisation sera évaluée en fonction des faits présentés, des lois applicables, de la responsabilité juridique de Sound Transit (et de ses sous-traitants) et de l'étendue des dommages.

Votre demande d'indemnisation peut aboutir à l'un des trois résultats suivants :

- Sound Transit paiera une somme d'argent.
- La demande d'indemnisation sera remise ou transférée à une autre partie ou entité responsable.
- La demande sera refusée s'il n'y a pas de preuve de la responsabilité de Sound Transit.

Si vous avez des questions, veuillez contacter Sound Transit au 206-398-5000.

La transmission d'un acte de procédure

L'administrateur du conseil d'administration ou son délégué est le seul représentant autorisé de Sound Transit pour la signification d'un acte de procédure. Veuillez remettre les documents à Katie Flores au bureau de Sound Transit, 401 S. Jackson Street, Seattle, WA.



SOUNDTRANSIT Le formulaire de demande d'indemnisation de Sound Transit

Sound Transit peut transmettre ce formulaire de demande d'indemnisation à une ou plusieurs de ses compagnies d'assurance.

FOURNIR SCIEMMENT DES INFORMATIONS FAUSSES, INCOMPLÈTES OU TROMPEUSES À UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DANS LE BUT DE LA FRAUDER EST UN DÉLIT. LES SANCTIONS COMPRENNENT L'EMPRISONNEMENT, LES AMENDES ET LE REFUS D'ACCORDER DES PRESTATIONS D'ASSURANCE.

Informations sur le demandeur

Nom du demandeur :	Adresse résidentielle actuelle :
Titre du demandeur (M./Mme./Dr., etc.) :	Adresse postale (si elle est différente) :
Date de naissance du demandeur :	Adresse résidentielle au moment de l'incident (si elle est différente de l'adresse actuelle)
Courriel du demandeur :	Numéro de téléphone du demandeur : Autre numéro de téléphone :

Informations sur l'incident

Date et heure de l'incident et de la blessure ou du dommage présumé :	Type de blessure ou de dommage : (Cocher toutes les cases)
Lieu où l'incident et la blessure ou le dommage présumé se sont produits :	Dommages corporels <input type="checkbox"/> Dommages matériels <input type="checkbox"/>
Décrivez le comportement et les circonstances qui ont causé la blessure ou le dommage :	Si un bien ou un véhicule est impliqué, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du propriétaire enregistré, s'il est différent du demandeur :
	Année/Marque/Modèle :
	Numéro d'immatriculation/État :
Montant des dommages revendiqués :	L'incident, la blessure ou le dommage ont-ils été signalés à la compagnie d'assurance du demandeur ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Signalé aux forces de l'ordre ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Une citation a-t-elle été délivrée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Organisme d'application de la loi :		Numéro du rapport :
Des photos ont-elles été prises ? Oui (veuillez les inclure) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Un formulaire de rapport d'incident de Sound Transit a-t-il été rédigé précédemment concernant cet incident ? Oui (joindre le rapport de l'incident) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Êtes-vous représenté par un avocat ? Oui (inclure le nom, l'adresse postale, l'adresse électronique et le numéro de téléphone) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Dressez la liste de toutes les personnes/ témoins impliqués :	Adresse et numéro de téléphone :	Nature de l'implication/du témoin :
Qui signale l'incident et le dommage ou la blessure allégués (cochez toutes les cases pertinentes) ? Demandeur <input type="checkbox"/> Représentant du demandeur <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>		

Déclaration et signature

Ce formulaire de demande doit être signé par le demandeur, par une personne détenant une procuration écrite du demandeur, par l'avocat de fait du demandeur, par un avocat admis à exercer dans l'État de Washington au nom du demandeur, ou par un tuteur ou un tuteur ad litem approuvé par le tribunal au nom du demandeur.

Je déclare, sous peine de parjure en vertu des lois de l'État de Washington, que ce qui précède est vrai et correct Signature du demandeur ou de son représentant :	
Date et lieu (ville/état) :	Nom et titre du signataire en caractères d'imprimerie :

(CF8/24)

