



CIUDAD DE FILADELFIA
OFICINA DEL DIRECTOR DE FINANZAS
División de Gestión de Riesgos
Unidad de Reclamos

1515 Arch Street, 14th Floor
One Parkway Building
Philadelphia, PA. 19102-1579
Teléfono: (215)-683-1713

Estimados Señor/Señora:

Adjunto encontrará un Formulario General para Reclamaciones por lesiones corporales, automóviles y propiedades. Complete las secciones que se aplican a su reclamación y descarte todo lo que no se aplique. Se deben completar **la Fecha de Nacimiento y el Número de Seguro Social** para todas las reclamaciones.

Si está presentando una reclamación por daños a su propiedad y está cubierto por una póliza de seguro por responsabilidad para propietarios de vivienda o una póliza de seguro por responsabilidad de automóvil, debe notificar a su compañía de seguros principal sobre el incidente. De conformidad con la Ley de Agravio de Inmunidad Gubernamental, la recuperación de una reclamación contra la Ciudad de Filadelfia se limita al monto de la pérdida no asegurada en la que la Ciudad de Filadelfia tiene responsabilidad. La Ley de Agravio de Inmunidad Gubernamental no permite que una compañía de seguros presente una acción de subrogación contra la Ciudad de Filadelfia.

Tenga en cuenta que el “Nombre del departamento de la ciudad” se refiere al departamento de la ciudad que esta involucrado en el caso (Por ejemplo – si usted tuvo un choque de tránsito con una ambulancia – el Departamento de la ciudad es: Bomberos (Fire). Si choca por un defecto en la calle que le dañe su auto – el Departamento de la ciudad es: Calles (Streets), etc.).

Si presenta una reclamación por lesiones corporales y está recibiendo Medicare o Medicaid, indique su número de beneficio en el campo de “Numero de Medicare/Medicaid”.

Tenga en cuenta que, según la Ley de Agravio de Inmunidad Gubernamental, la Ciudad de Filadelfia debe recibir un aviso por escrito de su reclamación dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha de la pérdida. Además, el plazo de prescripción en el estado de Pensilvania es de dos (2) años a partir de la fecha de la pérdida, lo cual significa que su reclamación debe presentarse dentro de los dos (2) años posteriores o se le prohíbe la recuperación. Tenga en cuenta que el plazo de prescripción en el estado de Pensilvania para los menores es de dos (2) años a partir de la fecha de su decimoctavo (18) cumpleaños. Para extender el plazo, debe presentar una Causa de Acción dentro del período de dos años.

Una vez que recibamos su Formulario de Información de Reclamación General completo y firmado, su caso será asignado a un ajustador que se comunicará con usted. Todos los documentos solicitados en el formulario deben enviarse a nosotros con su formulario de reclamaciones completado. Devuelva su formulario de reclamaciones completado por correo postal a la dirección en el membrete arriba o por correo electrónico a Risk.Management@Phila.Gov. Si necesita ayuda para completar el formulario de reclamos, por favor de comunicarse al 215-683-1713 o 215-683-1700.

Atentamente,

Ciudad de Filadelfia/División de Gestión de Riesgos/Unidad de Reclamos

ADVERTENCIA DE FRAUDE

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, MUNICIPIO O A CUALQUIER OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN IMPORTANTE FALSA O OCULTE, PARA EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMA SOBRE CUALQUIER HECHO IMPORTANTE AL RESPECTO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO Y SOMETE A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

CIUDAD DE FILADELFIA

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS - UNIDAD DE RECLAMACIONES

1515 ARCH STREET – 14th FLOOR

PHILADELPHIA, PA 19102-1595

(215) 683-1713

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO RESIDENCIAL: _____

_____ NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

(Debe proporcionar la fecha de nacimiento y el número de seguro social para que se procese la reclamación)

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE: _____

LUGAR ESPECÍFICO DE LA PÉRDIDA: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/INCIDENTE: _____

¿SE LE NOTIFICÓ LA PÉRDIDA A LA POLICÍA? SÍ NO

PROPORCIONE EL NÚMERO DE CONTROL DEL DISTRITO DEL INFORME POLICIAL: _____

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO DE LA CIUDAD INVOLUCRADO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADO DE LA CIUDAD INVOLUCRADO: _____

NÚMERO DE PROPIEDAD DEL VEHÍCULO DE LA CIUDAD O NÚMERO DE ETIQUETA: _____

NOMBRE(S), DIRECCIÓN(ES) O NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE CUALQUIER TESTIGO CONOCIDO: _____

ADEMÁS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, PROPORCIONE A ESTA OFICINA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- UNA COPIA DE SU REGISTRO DE VEHÍCULO QUE CUBRA LA FECHA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE.
- UNA COPIA DE SU HOJA DE DECLARACIÓN DE SEGURO QUE CUBRA LA FECHA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE.
- **DOS** ESTIMACIONES ESCRITAS QUE INDIQUEN LA(S) PARTE(S), EL PRECIO Y LA MANO DE OBRA.
- FOTOGRAFÍAS DE SU PROPIEDAD DAÑADA.
- FOTOGRAFÍAS DE LA CONDICIÓN DEFECTUOSA QUE CAUSÓ LA PÉRDIDA (ES DECIR, BACHE, ÁRBOL, ETC.).

NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA CON ESTE FORMULARIO SE CONVIERTE EN PROPIEDAD DE LA CIUDAD DE FILADELFIA Y NO SE PUEDE DEVOLVER.

ADVERTENCIA DE FRAUDE

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, MUNICIPIO O A CUALQUIER OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN IMPORTANTE FALSA U OCULTE PARA EL PROPÓSITO DE UNA INFORMACIÓN ENGAÑOSA SOBRE CUALQUIER HECHO IMPORTANTE AL RESPECTO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGURO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO Y SOMETE A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

FIRMA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

FORMULARIO ADJUNTO DE RECLAMACIÓN POR LESIONES CORPORALES

INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

¿RECIBIÓ TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA? _____ SÍ _____ NO
EN CASO DE QUE MARQUE “SÍ”, ¿DÓNDE FUE TRATADO? _____
¿SE LE PROPORCIONÓ TRANSPORTE DE EMERGENCIA? _____ SÍ _____ NO
¿FUE HOSPITALIZADO POR RESULTADO DE ESTA PÉRDIDA? _____ SÍ _____ NO
EN CASO DE QUE MARQUE “SÍ”, ¿DÓNDE FUE HOSPITALIZADO? _____
¿POR CUÁNTO TIEMPO ESTUVO HOSPITALIZADO? _____
NÚMERO DE MEDICARE/MEDICAID: _____

PROPORCIONE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU(S) MÉDICO(S) DE TRATAMIENTO:

DESCRIBA LA(S) LESIÓN(ES) POR LA(S) QUE FUE TRATADO:

¿SE RECOMENDÓ UN TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO? _____
EN CASO DE QUE MARQUE “SÍ”, DESCRIBA _____

PROPORCIONE LA DURACIÓN TOTAL DE SU TRATAMIENTO

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DEL ALTA: _____

ADEMÁS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, PROPORCIONE A ESTA OFICINA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- INFORMACIÓN CON RESPECTO A SU COBERTURA DE SEGURO (AUTOMÓVIL, SALUD O CUALQUIER OTRA COBERTURA DISPONIBLE) **QUE CUBRA LA FECHA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE.**
- PROPORCIONE SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE MEDICAID/MEDICARE: _____
- COPIAS DE TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS Y FACTURAS MÉDICAS.

NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA CON ESTE FORMULARIO SE CONVIERTE EN PROPIEDAD DE LA CIUDAD DE FILADELFA Y NO SE PUEDEN DEVOLVER.

ADVERTENCIA DE FRAUDE

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS, MUNICIPIO O CUALQUIER OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTenga CUALQUIER INFORMACIÓN IMPORTANTE FALSA U OCULTE PARA EL PROPÓSITO DE UNA INFORMACIÓN ENGAÑOSA SOBRE CUALQUIER HECHO IMPORTANTE AL RESPECTO, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO Y SOMETE A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

FIRMA: _____ FECHA: _____