

# VERIFICACIÓN DE SEGURO VEHICULAR FORMULARIO DE RESPUESTA



VCB-31-09083b (Rev. 10/2022)

Solicitud CalVCB No.: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Cuando un incidente involucra un vehículo motorizado, la persona que solicita asistencia financiera de la CalVCB debe presentar un reclamo ante la compañía de seguro vehicular correspondiente. Antes de que la CalVCB pueda considerar el pago de este reclamo, necesitaremos confirmar si se recibieron o se recibirán beneficios del seguro de cualquier fuente. Proporcione la mayor cantidad posible de información en las siguientes secciones.

## Información de la Víctima

¿Se ha presentado un reclamo (claim) ante la compañía de seguros de la víctima?  Sí  No  N/A – Víctima no tenía seguro

¿Se ha presentado un reclamo ante la compañía de seguros del conductor del vehículo en el que la víctima era pasajero?  Sí  No  N/A – Conductor no tenía seguro

Si la víctima o el conductor no era el propietario registrado del vehículo, ¿se ha presentado un reclamo ante el seguro vehicular del propietario registrado?  Sí  No  N/A – Vehículo no asegurado

.....  
**Si respondió sí a alguna pregunta, proporcione lo siguiente:**

- Copias de la(s) página(s) de declaración de la póliza de seguro.
- Copias de los documentos de adjudicación, denegación o liquidación de la(s) compañía(s) de seguro vehicular.
- Copias de la(s) tarjeta(s) de seguro.

## Información del Sospechoso

¿Se ha presentado un reclamo ante el seguro del sospechoso?  Sí  No  N/A – Sospechoso desconocido

Si el sospechoso no era el propietario registrado del vehículo, ¿se presentó un reclamo ante el seguro vehicular del propietario registrado?  Sí  No  N/A – Vehículo no asegurado

## Información del Seguro

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Marque uno de los siguientes:  Víctima  Sospechoso  Propietario registrado

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD  
P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800-777-9229 • www.victims.ca.gov



Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Marque uno de los siguientes:  Víctima  Sospechoso  Propietario registrado

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Adjunte toda información adicional del seguro en una hoja de papel aparte.**

## Firma

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California que he leído todas las preguntas y, en mi leal saber y entender, todas mis respuestas son verdaderas, correctas y completas.**

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Si no había una cobertura de seguro vehicular disponible y/o usted no pudo encontrar un seguro para las otras partes involucradas como se identificó anteriormente, firme y escriba la fecha, bajo pena de perjurio, en señal de que se ha solicitado el seguro vehicular y no existe un reembolso o recuperación disponible:

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario de respuesta por correo regular o fax a:**

CalVCB, P.O. Box 3036 Sacramento, CA 95812-2003

Fax: 866-902-8669

---

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD  
P.O. Box 3036 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800-777-9229 • [www.victims.ca.gov](http://www.victims.ca.gov)