



Junta de Compensación para Víctimas de Crimen

Twenty-Third Judicial District of Colorado

TELÉFONO: (720) 733 - 4580

FAX: (720) 733 - 4672

CORREO ELECTRÓNICO: DAVICTIMCOMP@CODA23.GOV

ORGULLOSAMENTE SIRVIENDO A LOS CONDADOS DE DOUGLAS, LINCOLN Y ELBERT

Notificación de Subrogación

De conformidad con el C.R.S. 24-4.1-110, el Programa de Compensación para Víctimas de Crimen (CVC) es el pagador de último recurso. Se deben agotar todas las demás fuentes de pago disponibles antes de que la Junta de CVC considere sus gastos relacionados con el delito. Las fuentes de pago pueden incluir su seguro médico, su seguro de automóvil, el seguro de automóvil del infractor y cualquier indemnización recibida de una acción civil, un acuerdo o una restitución penal.

Como parte de la solicitud de CVC, usted ya ha aceptado la subrogación, o la transferencia del derecho a recibir el pago. Si recibe fondos de otra fuente destinados a cubrir las mismas pérdidas que ya fueron pagadas por la Junta de CVC, está legalmente obligado a reembolsar el dinero al fondo de CVC.

Las siguientes declaraciones garantizan que comprende sus responsabilidades con respecto a un posible reembolso al fondo CVC. Lea y coloque sus iniciales en cada declaración, incluso si la declaración no se aplica a su reclamo en particular.

_____ Si estoy representado por un abogado en cualquier acción civil (reclamo de automóvil y/o acuerdo civil), notificaré a mi abogado que he solicitado CVC y he aceptado subrogarme por cualquier pérdida pagada por CVC.

_____ Notificaré a mi compañía de seguros de automóvil que he solicitado CVC y que he aceptado subrogarme por cualquier pérdida pagada por CVC.

_____ Notificaré al seguro de automóvil del infractor que he solicitado CVC y que he aceptado subrogarme por cualquier pérdida pagada por CVC.

_____ Notificaré al programa CVC si estoy iniciando una acción civil contra el infractor y cuando reciba algún dinero de dicha acción civil.

_____ Entiendo que si recibo dinero por las mismas pérdidas que CVC pagó anteriormente en mi nombre, estoy legalmente obligado a reembolsar al fondo de CVC.

Nombre impreso de la víctima o reclamante

Firma de la víctima o reclamante

Fecha