



## SAN ANTONIO WATER SYSTEM

Estimado Cliente:

En caso que usted sienta que haya incurrido una lastimadura y/o daño a su propiedad debido al trabajo hecho/o faltado en hacer por el San Antonio Water System, usted necesitará mandar un aviso de la demanda por escrito en el plazo de 90 días según la Carta de la ciudad de San Antonio. Llame por favor el formulario incluido en su totalidad y regresela a:

**San Antonio Water System  
Claims Administration  
P.O. Box 2449  
San Antonio, Texas 78298**

Incluya por favor cualquier documentación que usted desee que el San Antonio Water System considere para su demanda de daños (es decir presupuestos, cuadros, diagramas, cuentas, recibos, etc.).

**El San Antonio Water System no puede iniciar su investigación hasta que hemos recibido el aviso de su demanda por escrito.**

El San Antonio Water System recomienda que si usted tiene cobertura de seguro para su propiedad dañada, usted debe también notificar a su compañía de seguros cuando usted envíe su aviso de daños al San Antonio Water System.

Su compañía de seguros puede ser una fuente inmediata de ayuda para compensar su pérdida. No espere a que alguien mire los daños. Es importante que los esfuerzos de la limpieza general sean comenzados tan pronto como sea posible y con cuidado. Esto prevendrá daños adicionales.

**San Antonio Water System debe completar su investigación para establecer la base de los daños o la negación del tales.**

Al recibir su reclamo, sera investigado por el departamento de Claims Administration. Si usted tiene cualquier pregunta adicional, por favor llame a:

**Claims Administration  
(210) 233-2984  
Lunes – Viernes durante las horas de trabajo 8:00a.m. – 5:00p.m.**



**AVISO DE RECLAMO CONTRA EL SAN ANTONIO WATER SYSTEM**

**DAÑO PERSONAL – PROPIEDAD DAÑADA**

ARCHIVE ESTE RECLAMO POR UNA LASTIMADURA O PROPIEDAD DAÑADA CON:

San Antonio Water System  
 Claims Administration  
 P.O. Box 2449  
 San Antonio, Texas 78298  
 Fax: (210) 233-4152

(Por favor escriba con letra de molde o a máquina)

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Si se sabe, la cantidad TOTAL de su reclamo contra SAWS es de: \$ \_\_\_\_\_

En sus palabras, describa **DONDE, CUANDO, y COMO** ocurrió el daño personal o daño a su propiedad. Si es necesario, adjunte paginas adicionales. Si hay testigos, favor de dar sus nombres y direcciones de domicilio.

**LOCALIZACIÓN (Favor de ser específico):**

--

**FECHA DE EL DAÑO:** \_\_\_\_\_ **HORA (APROXIMADAMENTE)** \_\_\_\_\_ (A.M) (P.M.)

**NUMERO DE CAUSA POLICIACA** (si se sabe): \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE COMO EL DAÑO O LASTIMADURA OCURRIÓ:**


**DESCRIPCIÓN DE EL DAÑO PERSONAL O DAÑO A SU PROPIEDAD:**

(Adjunte copias de todos los reportes médicos, cuentas médicas y/o estimación de daños con respecto a esta pérdida):


Lo anterior es cierto y correcto al mejor de me conocimiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma de el Reclamante

\_\_\_\_\_  
 Fecha