

## भोजन और प्रेस्क्रिप्शन दवा के खराब होने के संबंध में निवासी का दावा

यदि आपने Con Edison की स्थानीय वितरण प्रणाली में कोई खराबी आने के परिणामस्वरूप बिजली गुल होने की किसी ऐसी घटना का सामना किया है जो 24 घंटे की अवधि में 12 से अधिक घंटे तक रही:

- तो आप रेफ्रिजरेशन की कमी के कारण भोजन खराब होने की वास्तविक हानि के लिए अधिकतम \$500 तक दावा दाखिल कर सकते हैं।
- \$220 तक के भोजन के दावों में मदवार सूची अवश्य शामिल होनी चाहिए।
- \$220 से अधिक के भोजन के दावों में मदवार सूची और हानि का प्रमाण अवश्य शामिल होना चाहिए: (उदाहरण के लिए: नकदी रजिस्टर की टैपें, स्टोर या क्रेडिट कार्ड की रसीदें, रद्द किए गए चेक या खराब हुई चीजों के फोटोग्राफ)।
- इसके अतिरिक्त आप रेफ्रिजरेशन की कमी के कारण खराब हुई प्रेस्क्रिप्शन की दवा की वास्तविक हानि के लिए दावा दाखिल कर सकते हैं।
- आपको मदवार सूची और हानि का प्रमाण अवश्य शामिल करने चाहिए (उदाहरण के लिए: दवा की पहचान कराने वाला फार्मैसी प्रेस्क्रिप्शन लेबल या फार्मैसी की रसीद)।
- हम Con Edison को प्रेस्क्रिप्शन की दवा की हानि का सत्यापन करने देने की अनुमति देने का भी अनुरोध कर सकते हैं।
- प्रेस्क्रिप्शन दवा के लिए प्रतिपूर्ति को भोजन खराब होने संबंधी अधिकतम \$500 में शामिल नहीं किया जाता।
- दावे बिजली गुल होने की तारीख से 30 दिन के भीतर अवश्य दाखिल किए जाने चाहिए।
- प्रतिपूर्ति भोजन और दवा तक सीमित है और यह Con Edison की बिजली की दर की अनुसूची से नियंत्रित होती है।
- मोटरों, उपस्कर या उपकरणों को नुकसान पहुंचने के कारण हुई हानि बिजली की दर की अनुसूची के अंतर्गत प्रतिपूर्ति करने योग्य नहीं है।

तूफान या हमारे नियंत्रण से बाहर की अन्य परिस्थितियों के कारण बिजली गुल होने के फलस्वरूप हुई हानि की प्रतिपूर्ति के दावों का भुगतान नहीं किया जाएगा।

नाम: \_\_\_\_\_  
(कृपया स्पष्ट रूप से लिखें)

पता: \_\_\_\_\_ अपार्टमेंट: \_\_\_\_\_

नगर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ज़िप कोड: \_\_\_\_\_

दिन के समय का फोन: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ईमेल: \_\_\_\_\_

Con Edison खाता संख्या: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(आपके बिल पर दी गई 15 अंक की संख्या – यदि आपको CON EDISON का बिल प्राप्त नहीं होता तो लागू नहीं)

बिजली गुल होने की तारीख: प्रेषक: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_ सेवा में: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ समय: \_\_\_\_\_  
माह/दिन/वर्ष माह/दिन/वर्ष

	भोजन/दवा का प्रकार	मात्रा	लागत
1			
2			
3			
4			

(आवश्यक होने पर अलग पृष्ठ पर जारी रखें)

हानि की कुल धनराशि: \$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

कृपया अपने दावे की समीक्षा और इस पर कार्रवाई के लिए 30 दिन का समय दें।

इस दावा फार्म में प्रदान की गई सारी सूचनाएं मेरी पूर्ण जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं और मेरी वास्तविक हानियों को व्यक्त करती हैं।

(हस्ताक्षर — हस्ताक्षर न किए गए दावा फॉर्मों पर कार्रवाई नहीं की जाएगी।)

(तारीख)

कृपया एक प्रति सहेजें और यह फॉर्म  
newclaims@coned.com पर ईमरल सर भरजें)

6/1/15  
Law#282975

(केवल अमरीका के निवासी ई-मेल से भेज सकते हैं)

या फॉर्म पर हस्ताक्षर करें  
और इस पते पर लौटाएं:

CON EDISON  
CLAIMS DEPARTMENT  
PO BOX 801  
NEW YORK, NY 10276

या इस पर फैक्स करें:

(212) 979-1278