

## Risarcimento utenti residenziali per il deterioramento di alimenti e farmaci

Se siete incorsi in un blackout conseguente a un guasto del sistema di distribuzione locale Con Edison durato più di 12 ore nel corso di 24 ore:

- Potete inoltrare una richiesta di risarcimento, fino a un massimo di \$500, per l'effettivo valore degli alimenti deteriorati per mancanza di refrigerazione.
- Le richieste di risarcimento per alimenti del valore fino a \$220 devono includere un elenco dettagliato.
- Le richieste di risarcimento per alimenti oltre \$220 devono includere un elenco dettagliato e prova del danno subito (ad esempio: scontrini di cassa, ricevute di negozi o di acquisti tramite carta di credito, assegni estinti o fotografie degli alimenti deteriorati).
- Inoltre, è possibile inoltrare una richiesta di risarcimento per l'effettivo valore di farmaci deteriorati per mancanza di refrigerazione.
- Le richieste di risarcimento devono includere un elenco dettagliato e prova del danno subito (ad esempio: etichetta o ricevuta della prescrizione farmaceutica che identifichi il farmaco).
- Possiamo inoltre richiedere l'autorizzazione per consentire a Con Edison di verificare la perdita del farmaco.
- Il rimborso per il farmaco non è compreso nel valore massimo di \$500 per gli alimenti deteriorati.
- Le richieste di risarcimento devono essere presentate entro 30 giorni dalla data del blackout.
- I risarcimenti sono limitati ad alimenti e farmaci e regolati dal tariffario Con Edison di erogazione dell'energia elettrica.
- Le perdite conseguenti a danni a motori, apparecchiature o elettrodomestici non sono rimborsabili in base al tariffario di erogazione dell'energia elettrica.

**Le richieste di risarcimento per perdite sostenute in seguito a blackout causati da temporali o da altre condizioni esterne al nostro controllo non saranno soddisfatte.**

Nome: \_\_\_\_\_  
(IN STAMPATELLO)

Indirizzo: \_\_\_\_\_ App.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Codice Zip/CAP: \_\_\_\_\_

Numero telefonico diurno: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Numero di conto Con Edison: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(IL NUMERO DI 15 CIFRE CHE COMPARE SULLA BOLLETTA - NON PERTINENTE SE NON RICEVETE BOLLETTE DA CON EDISON)

Data del blackout: Dal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_ Al: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_  
MESE / GIORNO / ANNO MESE / GIORNO / ANNO

	TIPO DI ALIMENTO / FARMACO	QUANTITÀ	COSTO
1			
2			
3			
4			

(CONTINUARE SU UN FOGLIO SEPARATO, SE NECESSARIO)

Ammontare totale delle perdite: \$ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Vi preghiamo di attendere 30 giorni per l'approvazione e l'evasione della vostra richiesta di risarcimento.

Tutte le informazioni fornite in questo modulo sono veritiere e accurate per quanto di mia conoscenza e rappresentano i danni da me realmente subiti.

(FIRMA — I MODULI DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO PRIVI DI FIRMA NON SARANNO ESAMINATI)

(DATA)

**Conservare una copia del modulo e  
inviare la presente copia per email a  
[newclaims@coned.com](mailto:newclaims@coned.com).**

6/1/15  
Law#282975

OPPURE FIRMARE  
E RISPEDIRE A:  
CON EDISON  
CLAIMS DEPARTMENT  
PO BOX 801  
NEW YORK, NY 10276  
(212) 979-1278  
O VIA FAX AL: