

Wniosek dla osób indywidualnych o odszkodowanie za straty w łatwo psujących się artykułach żywnościowych i lekach na receptę

W przypadku przerwy w dostawie prądu wynikającego z awarii sieci Con Edison trwającej ponad 12 godzin w czasie 24 godzin:

- Można zgłosić roszczenie do maksymalnej kwoty \$500 za rzeczywiste straty żywności spowodowane brakiem chłodzenia.
- Roszczenia dotyczące żywności na kwoty do \$220 muszą zawierać szczegółowy wykaz strat.
- Roszczenia dotyczące żywności na kwoty ponad \$220 muszą zawierać szczegółowy wykaz strat i ich dowody (na przykład: taśma z kasy sklepowej, pokwitowania zapłaty kartą kredytową w sklepie lub zdjęcia zepsutych produktów).
- Ponadto można złożyć wniosek o odszkodowanie za rzeczywiste straty w lekach na receptę, zepsutych z powodu braku chłodzenia.
- Wymagane jest dołączenie szczegółowego wykazu oraz dowodu straty (na przykład: aptecznej etykiety leku lub pokwitowania zapłaty z apteki z nazwą leku).
- Możemy również zażądać upoważnienia dla Con Edison na sprawdzenie, czy nastąpiła strata leku na receptę.
- Zwrot kosztów leków na receptę nie jest zawarty w maksymalnej kwocie \$500 za straty produktów żywnościowych.
- Roszczenia należy składać w okresie 30 dni od daty przerwy w dostawie prądu.
- Zwrot kosztów ograniczony jest do strat w łatwo psujących się artykułach żywnościowych oraz lekarstwach i podlega taryfom opłat za energię firmy Con Edison.
- Straty za uszkodzenia silników, sprzętu czy urządzeń nie podlegają odszkodowaniu w ramach taryfy opłat za energię elektryczną.

Roszczenia o zwrot kosztów za straty poniesione w wyniku przerw w dostawie prądu spowodowanych przez burze czy inne warunki poza naszą kontrolą nie będą uwzględniane.

Nazwisko: _____
(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE)

Adres: _____ Nr domu: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Telefon dzienny: (_____) _____ - _____ Adres e-mail: _____

Numer konta Con Edison: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____
(15 CYFROWY NUMER PODANY NA RACHUNKU – NIE DOTYCZY JEŻELI OSOBA NIE OTRZYMUJE RACHUNKU OD CON EDISON)

Data przerwy: Od: ____ / ____ , 20 ____ Czas: ____ Do: ____ / ____ , 20 ____ Czas: ____
MIESIĄC/DZIEŃ/ROK MIESIĄC/DZIEŃ/ROK

	RODZAJ ARTYKUŁU ŻYWNOŚCIOWEGO/LEKU	ILOŚĆ	KOSZT
1			
2			
3			
4			

(W RAZIE POTRZEBY KONTYNUOWAĆ NA ODDZIELNEJ KARTCE)

Ogólna suma strat: \$ _____ . _____

Rozpatrzenie roszczenia zajmie 30 dni.

Wszystkie informacje podane w roszczeniu są, w moim przekonaniu, prawdziwe i dokładne i odzwierciedlają rzeczywiście poniesione przeze mnie straty.

(PODPIS — FORMULARZE NIEPODPISANE NIE ZOSTANĄ ROZPATRZONE)

(DATA)

Prosimy zachować kopię i wysłać ten formularz pocztą e-mail na adres newclaims@coned.com.

LUB PODPISAĆ FORMULARZ I ZWRÓCIĆ DO:	CON EDISON CLAIMS DEPARTMENT PO BOX 801 NEW YORK, NY 10276
LUB WYŚLAĆ FAKSEM NA NUMER:	(212) 979-1278