



Reclamo residencial por el deterioro de alimentos y medicamentos recetados

Si tuvo un corte de energía ocasionado por una falla en el sistema de distribución local de Con Edison que haya durado más de 12 horas en un periodo de 24 horas:

- Puede presentar un reclamo, de hasta \$500 como máximo, en concepto de pérdida concreta de alimentos que se hayan deteriorado por falta de refrigeración.
- Los reclamos por pérdida de alimentos de hasta \$220 deben incluir una lista detallada.
- Los reclamos por pérdida de alimentos superiores a \$220 deben incluir una lista detallada y la prueba de la pérdida (por ejemplo: cintas de caja registradora, recibos de tarjeta de crédito o de la tienda, cheques cancelados o fotografías de los artículos deteriorados).
- Además, puede presentar un reclamo por pérdida concreta de medicamentos recetados, deteriorados a causa de la falta de refrigeración.
- Los reclamos deben incluir una lista detallada y la prueba de la pérdida (por ejemplo: una etiqueta de receta de la farmacia o un recibo de la farmacia que identifique el medicamento).
- Es posible que además solicitemos autorización para permitirle a Con Edison verificar la pérdida del medicamento recetado.
- El reembolso por pérdida de medicamentos recetados no se incluye en el monto máximo de \$500 por deterioro de alimentos.
- Los reclamos deben presentarse dentro de los 30 días de la fecha del corte de energía.
- El reembolso cubre únicamente alimentos y medicamentos, y se rige por el programa de tarifas eléctricas de Con Edison.
- Las pérdidas por daños a motores, equipos o electrodomésticos no son reembolsables, de acuerdo con el programa de tarifas eléctricas.

No se pagarán los reclamos de reembolso para cubrir las pérdidas producidas por cortes de energía ocasionados por tormentas u otras condiciones fuera de nuestro control.

Nombre: _____
(EN LETRA DE IMPRENTA CLARA)

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (durante el día): (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Número de cuenta de Con Edison: ____ - ____ - ____ - ____ - ____
(EL NÚMERO DE 15 DÍGITOS QUE APARECE EN SU FACTURA. NO DEBE COMPLETAR ESTE SI NO RECIBE UNA FACTURA DE CON EDISON).

Fecha del corte de energía: Desde: ____ / ____ , 20 ____ Hora: ____ Hasta: ____ / ____ , 20 ____ Hora: ____
MES/DÍA/AÑO MES/DÍA/AÑO

	TIPO DE ALIMENTO/MEDICAMENTO	CANTIDAD	COSTO
1			
2			
3			
4			

(SIGA EN OTRA HOJA SI ES NECESARIO)

Monto total de la pérdida: \$ _____ . _____

La revisión y el procesamiento de su reclamo demorarán 30 días.

A mi saber y entender, toda la información provista en este formulario de reclamo es verdadera y exacta, y representa las pérdidas concretas.

(FIRMA — NO SE PROCESARÁN LOS FORMULARIOS DE RECLAMOS SIN FIRMAR)

(FECHA)

Guarde una copia y envíe este formulario por correo electrónico a: newclaims@coned.com.

6/1/15
Law#282975

O FIRMAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO A:	CON EDISON CLAIMS DEPARTMENT PO BOX 801 NEW YORK, NY 10276
O POR FAX AL:	(212) 979-1278

(Envío por correo electrónico solo para residentes de los Estados Unidos)