



क्या क्षति को कम करने के लिए आपने कोई कार्रवाई की थी? जी हाँ  जी नहीं  (स्पष्ट करें)

क्या क्षति के समय आप अपने प्रांगण में थे? जी हाँ  जी नहीं   
क्या आपने पिछले 12 महीनों में सेवा के लिए हमें कॉल किया है? जी हाँ  जी नहीं   
यदि हाँ, तो तारीख, कॉल किए गए कार्यालय और कॉल की प्रकृति, कंपनी के जिस कर्मचारी से बात हुई, उसके नाम (यदि ज्ञात हो) का ब्यौरा दें

क्षति के मदों की सूची दें: उसमें मेक, मॉडल और खरीद की तारीख जरूर शामिल करें।  
कृपया मरम्मत(तों) का अनुमान तथा नुकसान दर्शाने वाला कोई चित्र संलग्न करें।

क्या आपने इस क्षति के लिए अपने बीमा वाहक या अन्य के समक्ष कोई दावा किया है?  
बीमा वाहक  अन्य  (स्पष्ट करें)

आपके बीमा वाहक का नाम और पॉलिसी संख्या

दावाकर्ता(गण) स्वीकार करते हैं कि उन्होंने इस दावा फॉर्म को ध्यान से पढ़ लिया है, कि वे क्षतिग्रस्त संपत्ति के मालिक हैं तथा दी गयी सूचनाएं सत्य और सही हैं। यह माना जाता है कि इन सूचनाओं के लिए कंपनी का अनुरोध इस बात का संकेत नहीं है कि कंपनी इस दावे को स्वीकार कर रही है।

हस्ताक्षर और तारीख

“कोई व्यक्ति जो जानबूझकर तथा किसी बीमा कंपनी या अन्य व्यक्ति से धोखाधड़ी करने की नीयत से ऐसा दावा दायर करता है जिसमें वस्तुतः झूठी सूचनाएं हैं, या गुमराह करने के लिए इससे संबंधित किसी तथ्यात्मक सामग्री को छुपाता है, तो वह बीमा संबंधी धोखाधड़ी का काम करता है, जो एक अपराध है।”

## दावा सूचना फॉर्म

नाम (नाम स्पष्ट रूप से लिखें):

---

डाक पता:

---

Con Edison खाता संख्या:

---

टेलीफोन:

दिन के समय:

---

सेल:

---

ईमेल पता:

---

कृपया घटना का स्पष्ट और विस्तृत विवरण प्रदान करें। यह समझाएं कि आप ऐसा क्यों मानते हैं कि Con Edison क्षति के लिए ज़िम्मेदार है।

---

---

---

---

---

---

---

कृपया क्षति और/या नुकसानों का स्पष्ट और विस्तृत विवरण प्रदान करें (मरम्मत के बिलों और/या मरम्मत के अनुमानों की प्रतियाँ सम्मिलित करें)।

---

---

---

---

---

---

---

---

यदि चोटें लगी हों, तो कृपया इनका ब्यौरा दें:

---

---

---

क्या गंवाए गए वेतन का दावा किया जा रहा है? (यदि हाँ, तो नियोक्ता का सत्यापन पत्र प्रदान करें)।

क्या आपने किसी बीमा कंपनी या अन्य पक्ष को दावा भेजा है? (यदि हाँ, तो बीमा कंपनी और/या अन्य पक्ष का नाम प्रदान करें)

हाँ  नहीं  (एक विकल्प का चयन करें)

---

क्या इसमें पुलिस और/या अग्निशमन विभाग का दखल रहा: (यदि हाँ, तो पुलिस /या अग्निशमन विभाग की रिपोर्ट की प्रति प्रदान करें)

क्षति के समय मौसम की परिस्थितियाँ (सटीक रूप से बताएं)

---

क्या संबंधित क्षति के संबंध में मौसम कोई कारक था? हाँ  नहीं

गवाह का(के) नाम, पता और फोन नंबर प्रदान करें:

---

---

आपको इस आवेदन-पत्र पर "हस्ताक्षर करने होंगे और तारीख डालनी होगी" (हस्ताक्षर न किए गए / तारीख न डाले गए फॉर्मों को लौटा दिया जाएगा)

दावाकर्ता के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

ऐसा कोई भी व्यक्ति जो जान-बूझकर और किसी बीमा कंपनी या किसी अन्य व्यक्ति को धोखा देने के इरादे से किसी महत्वपूर्ण रूप से झूठी सूचना वाला, बीमे के लिए कोई आवेदन-पत्र या दावे का कथन दाखिल करता है, या भ्रमित करने के प्रयोजन से, इससे संबंधित कोई तथ्यात्मक सूचना छिपाता है, वह व्यक्ति धोखाधड़ी वाला बीमा कार्य करता है जो अपराध है NY राज्य बीमा कानून धारा 403(d)