



Consolidated Edison Company of New York, Inc. 4 Irving Place, New York, NY 10003-0987 Fax 1-212-979-1278 www.conEd.com

FORMULARIO DE RECLAMO

LEER LA DECLARACION DE POLITICAS ADJUNTA POR COMPLETO Y CON CUIDADO ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Propietario  Inquilino 
Apellido Primer nombre  Sr.  Sra.  Srta.

Dirección: \_\_\_\_\_
Calle y número

Ciudad Estado Código postal

Teléfono del hogar/celular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nro. de cuenta de la factura: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
Figura en la factura actual

Dirección postal, si es distinta a la que figura arriba

Fecha de la pérdida: \_\_\_\_\_
Mes Día Año Hora de la pérdida

Lugar de la pérdida: \_\_\_\_\_

Pérdida relacionada con: Operaciones de gas  Operaciones de electricidad  Operaciones de vapor  Otro  (Especificar)

Condiciones climáticas: Lluvia  Viento  Relámpagos  Nieve  Buen tiempo  Otro  \_\_\_\_\_ (Especificar)

Sírvase proporcionar una descripción clara y detallada del incidente, incluidos los nombres de cualquier empleado y/o contratista de la empresa involucrado.

Multiple horizontal lines for providing a detailed description of the incident.

Monto total de la pérdida \$: \_\_\_\_\_

¿Tomó alguna medida para minimizar la pérdida?

Sí  No  (Especificar)

---

---

---

¿Usted se encontraba dentro de las instalaciones en el momento de la pérdida? Sí  No

¿Nos ha llamado para solicitar un servicio dentro de los últimos 12 meses? Sí  No

Si la respuesta es sí, especifique fechas, oficina a la que llamó y naturaleza de la llamada, nombre del empleado de la empresa con el que habló (si lo sabe)

---

---

---

Especifique los artículos dañados: INCLUYA MARCA, MODELO Y FECHA DE COMPRA.

**Por favor, adjunte estimación del costo de las reparaciones y fotografías de los daños.**

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Ha presentado un reclamo por esta pérdida a su empresa aseguradora o a alguna otra?

Empresa aseguradora  Otras  (Especificar)

---

Nombre de su aseguradora y número de póliza

---

El solicitante declara que ha leído este formulario de reclamo detenidamente, que es el propietario del bien dañado y que la información proporcionada es verdadera y correcta. Que la empresa solicite esta información no constituye una admisión de la validez del reclamo por parte de la empresa.

---

Firma y fecha

“Cualquier persona que intencionadamente y con voluntad de engañar a una empresa aseguradora o a otra persona presente un formulario de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte con fines engañosos cualquier información relacionada con algún hecho material para el reclamo, comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito”.

# FORMULARIO DE RECLAMO DE INFORMACIÓN

Nombre (en imprenta, claro):

---

Dirección de correo:

---

Número de cuenta de Con Edison:

---

Teléfono:

Diurno:

---

Celular:

---

Correo electrónico:

---

Brinde una descripción clara y detallada del incidente. Explique por qué cree que Con Edison es responsable de la pérdida.

---

---

---

---

---

---

---

Brinde una descripción clara y detallada de la pérdida y/o los daños (que incluya copias de las facturas de reparaciones y/o estimaciones de reparaciones).

---

---

---

---

---

---

---

---

Describa las lesiones, en caso de que haya alguna:

---

---

---

¿Se reclaman sueldos perdidos? (En tal caso, incluya la carta de verificación del empleador)

¿Ha enviado un reclamo a la empresa aseguradora o a terceros? (En tal caso, incluya el nombre de la empresa aseguradora y/o terceros)

SI NO (seleccione una opción)

---

¿Se involucró a la policía y/o al departamento de bomberos? (en tal caso, incluya una copia del informe de los bomberos o de la policía)

Condiciones climáticas en el momento de la pérdida (sea específico)

---

¿El clima fue un factor que influyó en la pérdida del sujeto? Sí  No  \_\_\_\_\_

Brinde el nombre, dirección y número telefónico del testigo:

---

---

Debe «firmar y colocarle la fecha» a esta solicitud (los formularios que no estén firmados o no tengan fecha serán devueltos)

Firma del demandante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CUALQUIER PERSONA QUE INTENCIONADAMENTE Y CON VOLUNTAD DE ENGAÑAR A UNA EMPRESA ASEGURADORA O A OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE ASEGURACIÓN O FORMULARIO DE RECLAMO QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTE CON FINES ENGAÑOSOS CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ALGÚN HECHO MATERIAL PARA EL RECLAMO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS, QUE ES UN DELITO. Ley de seguros estatal de Nueva York, sección 403(d)**