

Αξίωση για τρόφιμα και συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν σχετίζεται με καταιγίδα

Εάν αντιμετωπίσατε διακοπή ρεύματος που προήλθε από βλάβη στο τοπικό σύστημα διανομής της Con Edison η οποία διήρκεσε για περισσότερες από 12 ώρες σε ένα 24ωρο:

Πραγματικές απώλειες αλλοιωμένων τροφίμων

- Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για πραγματικές απώλειες τροφίμων που αλλοιώθηκαν λόγω απώλειας ψύξης, συμπληρώνοντας αυτήν τη φόρμα πλήρως και παρέχοντας πρόσθετα αποδεικτικά στοιχεία, όπως απαιτείται παρακάτω.
- Η επιστροφή χρημάτων υπόκειται σε επαλήθευση και διέπεται από το πρόγραμμα χρεώσεων ηλεκτρισμού της Con Edison.
- Οι αξιώσεις για απώλειες αναλώσιμων τροφίμων λόγω αλλοίωσης έως 235 \$ πρέπει να περιλαμβάνουν μια αναλυτική λίστα όπως ορίζεται παρακάτω, με όλα τα πεδία συμπληρωμένα.
- Οι αξιώσεις για απώλειες αναλώσιμων τροφίμων λόγω αλλοίωσης αξίας άνω των 235 \$ δολαρίων και έως 540 \$ δολάρια το ανώτερο, πρέπει να περιλαμβάνουν **και** (1) μια αναλυτική λίστα όπως παρατίθεται παρακάτω, με όλα τα πεδία συμπληρωμένα **και** (2) απόδειξη πραγματικής απώλειας. Για να αποδείξετε τις πραγματικές απώλειές σας, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε έναν συνδυασμό από αναλυτικές αποδείξεις ειδών, αποδείξεις ταμειακών μηχανών, αποδείξεις πιστωτικών καρτών, επιταγές που έχουν εισπραχθεί, καθαρές ετικέτες τιμών, γραμμικούς κώδικες από εμπορεύματα και φωτογραφίες απορριμμένων τροφίμων που θα επαρκούν συλλογικά για τον καθορισμό των πραγματικών χρηματικών ζημιών για τα αλλοιωμένα στοιχεία στην αναλυτική λίστα.

Πραγματικές απώλειες αλλοιωμένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων

- Μπορείτε επίσης να υποβάλετε αξίωση για πραγματικές απώλειες συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τα οποία αλλοιώθηκαν λόγω έλλειψης της απαιτούμενης ψύξης. Η πληρωμή για πραγματικές απώλειες για συνταγογραφούμενα φάρμακα δεν περιλαμβάνεται στη μέγιστη πληρωμή των 540 \$ για αλλοιωμένα τρόφιμα. **Μην συμπεριλάβετε τον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης με την υποβολή σας.**
- Για την αποζημίωση για απώλειες που αφορούν συνταγογραφούμενα φάρμακα, πρέπει να συμπεριλάβετε **και** (1) μια αναλυτική λίστα όπως παρατίθεται παρακάτω, με όλα τα πεδία συμπληρωμένα **και** (2) απόδειξη πραγματικής απώλειας. Η απόδειξη απώλειας πρέπει να περιλαμβάνει μια ευανάγνωστη απόδειξη φαρμακείου η οποία θα προσδιορίζει το φάρμακο, το ποσό που πλήρωσε ο πελάτης, την ημερομηνία αγοράς και τις ημέρες αποθέματος. Εάν η συνταγή σας αλλοιωθεί λόγω απώλειας ψύξης αφού έχει καταναλωθεί μερικά, συμπεριλάβετε στην αξίωσή σας μόνο το κόστος του αχρησιμοποίητου μέρους της συνταγής. Για παράδειγμα, εάν πληρώσατε 300 \$ για απόθεμα 30 ημερών ενός φαρμάκου που διατηρείται στο ψυγείο και απομένουν 5 ημέρες στην συνταγογραφημένη χορήγησή σας, η αξίωσή σας θα πρέπει να είναι για 50 \$. (Μπορεί επίσης να ζητήσουμε εξουσιοδότηση για να επιτραπεί στην Con Edison να επαληθεύσει την απώλεια συνταγογραφούμενου φαρμάκου.)
- Οι αξιώσεις πρέπει να υποβληθούν εντός 30 ημερών από την ημερομηνία διακοπής ρεύματος.
- Η επιστροφή χρημάτων περιορίζεται σε τρόφιμα και φάρμακα και διέπεται από το πρόγραμμα χρεώσεων ηλεκτρισμού της Con Edison.
- Οι απώλειες για ζημιές σε κινητήρες, εξοπλισμό ή συσκευές δεν αποζημιώνονται σύμφωνα με το πρόγραμμα χρεώσεων ηλεκτρισμού.

Οι αξιώσεις για αποζημίωση για απώλειες που προέκυψαν ως αποτέλεσμα διακοπών ρεύματος, οι οποίες προκλήθηκαν από καταιγίδες ή άλλες συνθήκες εκτός του ελέγχου μας δεν θα πληρωθούν.

Αξίωση για τρόφιμα και συνταγογραφούμενα φάρμακα που δεν σχετίζεται με καταιγίδα

Όνομα: _____
(ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΚΑΘΑΡΑ)

Διεύθυνση: _____ Διαμέρισμα: _____

Πόλη: _____ Νομός: _____ Ταχυδρομικός κώδικας: _____

Τηλέφωνο εργάσιμων ωρών: () - Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: _____

Αριθμός οικιακού λογαριασμού Con Edison: - - - - -

(Ο ΑΡΙΘΜΟΣ 15 ΨΗΦΙΩΝ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΣΑΣ - ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΕΑΝ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ CON EDISON)

Ημερομηνίες

διακοπής ρεύματος: Από: _____ / _____, 20 _____ Ώρα: _____ ΜΗΝΑΣ/ΗΜΕΡΑ/ΕΤΟΣ 00:00 π.μ./μ.μ. Έως: _____ / _____, 20 _____ Ώρα: _____ ΜΗΝΑΣ/ΗΜΕΡΑ/ΕΤΟΣ 00:00 π.μ./μ.μ.

	ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΙΜΟΥ/ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΚΟΣΤΟΣ
1			
2			
3			
4			

(ΣΥΝΕΧΙΣΤΕ ΣΕ ΕΝΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΦΥΛΛΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ)

Συνολικό ποσό ζημίας: \$ _____.

Αποθηκεύστε ένα αντίγραφο

για τον εαυτό σας και στείλτε

με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

αυτήν τη φόρμα στη διεύθυνση

OutageClaims@coned.com

Για τον έλεγχο και την επεξεργασία της αξίωσής σας απαιτούνται 30 ημέρες.

Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται στην παρούσα φόρμα αξίωσης είναι κατά την αντίληψή μου αληθείς και ακριβείς και αντιπροσωπεύουν τις πραγματικές απώλειές μου για αλλοιωμένα στοιχεία που δεν καταναλώθηκαν.

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΥΠΟΓΡΑΦΩΝ ΦΟΡΜΩΝ ΑΞΙΩΣΗΣ)

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

Το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο είναι ο ταχύτερος τρόπος για την επεξεργασία της αξίωσής σας. Αποθηκεύστε ένα αντίγραφο αυτής της φόρμας και των αποδείξεων και στείλτε αυτήν τη φόρμα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στη διεύθυνση OutageClaims@coned.com

Υπογράψτε και στείλτε τη φόρμα με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στη διεύθυνση:

OutageClaims@coned.com

- Η-
(αλλά όχι και τα δύο)

Υπογράψτε και επιστρέψτε τη φόρμα στη διεύθυνση:

CON EDISON
PO BOX 1329
BAY SHORE, NY 11706

Οι αξιώσεις για αποζημίωση για απώλειες που προέκυψαν ως αποτέλεσμα διακοπών ρεύματος, οι οποίες προκλήθηκαν από καταιγίδες ή άλλες συνθήκες εκτός του ελέγχου μας δεν θα πληρωθούν.