conEdison

식품과 처방 의약품 훼손에 대한 거주자의 클레임

Con Edison의 지역 배전 시스템이 장애를 일으킨 결과로 귀하의 사업장에 정전이 발생하여 24시간 중 12시간 넘게 지속된 경우:

- **귀하는 냉장을 못하여 발생한 식품의 훼손으로 인한 실제 피해에 대해 최고 $515 한도까지 클레임을 제기할 수 있습니다.**
- **총액 $225까지의 식품 클레임에는 항목별 목록을 반드시 첨부해야 합니다.**
- **총액 $225를 초과하는 식품 클레임에는 반드시 항목별 목록과 피해 증빙자료를 함께 첨부해야 합니다 (예를 들면 다음과같습니다: 금전 등록기 테이프, 상점이나 신용 카드 영수증, 취소된 수표, 또는 훼손된 품목의 사진들).**

- **또한, 냉장을 하지 못해서 훼손된 처방 의약품에 대한 실질적 손실에 대해서도 클레임을 제기하실 수 있습니다.**
- **귀하는 반드시 항목별 목록과 피해 증빙자료를 함께 첨부해야 합니다 (예를 들면 다음과 같습니다: 해당 의약품을 식별해 줄 수 있는 약국 처방 라벨 또는 약국 영수증).**
- **저희는 또한 Con Edison이 처방 의약품의 손실을 확인할 수 있도록 승인을 해달라고 요청할 수도 있습니다.**
- **훼손된 식품에 대한 최대 한도액 $515에는 처방 의약품에 대한 배상금이 포함되지 않습니다.**

- **클레임은 반드시 정전 발생일로부터 30일 이내에 제출해야 합니다.**
- **배상은 식품과 의약품에 한하며, Con Edison의 전기 요금 산정표에 의해 결정됩니다.**

- **모터, 장비, 집기의 손상으로 인한 손실 부분은 전기 요금 산정표에 따른 배상이 되지 않습니다.**

폭풍이나 기타 당사의 통제 밖에 있는 조건으로 발생한 정전의 결과로 입게 된 손실과 관련된 배상 클레임에 대해서는 지불하지 않습니다.

성명: _____
*(**정자로** 명확히 기입하십시오)*

주소: _____ **아파트:** _____

시: _____ **주:** _____ **우편번호:** _____

낮 시간 연락 전화 번호: (_____) _____-_____ **이메일:** _____

Con Edison 고객 번호: ___ ___ - ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ - ___
(청구서에 표시된 15자리의 번호 – 귀하가 CON EDISON 청구서를 수신하지 않는 경우에는 기입하지 마십시오)

정전 발생 일시: 시작: _____/_____, 20_____ 시간: _____ 끝: _____/_____, 20_____ 시간: _____
월 / 일 / 년 월 / 일 / 년

	식품 / 의약품의 유형	수량	가격
1			
2			
3			
4			

손실 총액: $ 0.00

귀하가 청구한 클레임을 검토하고 처리하기까지 30일이 소요되므로 기다려 주십시오.

이 클레임 건을 통해 제출하는 모든 정보에는 본인이 인지한 범위 내에서 최선을 다해 사실과 일치하는 정확한 내용만을 진술하였고, 본인의 현물 손실액을 명시하였습니다.

_____ _____
(서명 — 서명이 없는 클레임 서류는 접수되지 않습니다) **(날짜)**

(필요하면 지면을 추가하여 계속 작성하십시오)

사본을 저장하시고 이메일로 이 서류를 전송해주십시오(주소: newclaims@coned.com).

6/1/15
Law#282975

또는 서명 및 서류 제출:
CON EDISON
CLAIMS DEPARTMENT
PO BOX 801
NEW YORK, NY 10276

또는 팩스 전송: **(212) 979-1278**

(미국 거주자만 이메일 제출)