

Tormentas de invierno Quinn y Riley 2018

Reembolso para clientes residenciales por deterioro de alimentos y medicamentos recetados

Si tuvo un corte de energía que haya durado más de 72 horas consecutivas entre el 2 de marzo de 2018 y el 12 de marzo de 2018 ocasionado por las tormentas de invierno Quinn o Riley, usted puede solicitar un reembolso:

- Para la pérdida concreta de alimentos que se hayan deteriorado por falta de refrigeración, puede presentar un reclamo de hasta \$515, como máximo.
 - Los reclamos por pérdida de alimentos de hasta \$225 deben incluir una lista detallada.
 - Los reclamos por pérdida de alimentos superiores a \$225 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 del deterioro del medicamento recetado (por ejemplo: una etiqueta de receta de la farmacia o un recibo de la farmacia que identifique el medicamento).
 - Es posible que además O&R solicite autorización para verificar la pérdida del medicamento recetado.
 - El reembolso de medicamentos recetados no está incluido en el límite máximo de \$515 para el deterioro de alimentos.

El reembolso cubre ÚNICAMENTE alimentos y medicamentos.

Las solicitudes de reembolso deben presentarse hasta el 15 de abril de 2018 o antes de esta fecha.

Nombre: _____
(EN LETRA DE IMPRENTA CLARA)

Dirección: _____ Apartamento.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono durante el día: (_____) - _____ E-mail: _____

Número de cuenta de O&R: : _____ - _____
(EL NÚMERO DE 10 DÍGITOS QUE APARECE EN SU FACTURA. NO DEBE COMPLETAR ESTO SI NO RECIBE UNA FACTURA DE O&R)

Fecha del corte de energía: Desde: _____ de marzo de 2018 Hasta: _____ de marzo de 2018

	TIPO DE ALIMENTO/MEDICAMENTO	CANTIDAD	COSTO
1			
2			
3			
4			

(SIGA EN UNA HOJA SEPARADA SI ES NECESARIO)

Monto total de la pérdida: \$ _____.

Favor aguardar por lo menos 30 días para la revisión y el procesamiento de su solicitud de reembolso.

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)

FIRMAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO PARA:

EMAIL newclaims@coned.com

FAX (212) 979-1278

DIRECCIÓN CON EDISON
CLAIMS DEPARTMENT
PO BOX 801