

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

www.conEd.com

दावा फार्म

इस फॉर्म को भरने से पहले संलग्न नीति कथन को पूरी तरह और ध्यान से पढ़ें

नाम:					स्वामी 🛭 किराएदार 🗖		
आर्रि	खेरी	प्रथम	🗖 श्री 🔲 श्रीम	ते □ सुश्री			
पता:							
			मकान # और गली				
शहर			राज्य		ज़िप		
टेलीफोन नंबर घर/सेल: _	लीफोन नंबर घर/सेल:		व्यवसाय:		ईमेल पता:		
बिल खाता सं.:							
बिल खाता सं.:		जो हालिया	बिल पर मौजूद है				
		डाक	पता, यदि ऊपर दिए गए पते	से भिन्न हो			
क्षति की तारीख:							
	माह	दिन	वर्ष		क्षति का समय		
क्षति का स्थान:							
क्षति किससे संबंधित है:	गैस प्रचालन 🛚	विद्युतीय प्रचालन	🗖 भाप प्रचालन 🗀	J अन्य □	1 (स्पष्ट करें)		
मौसम की दशाएं:	बारिश 🗖	हवा 🗖 लाइटर्निंग	□ बर्फ □ उ	चित 🗖	अन्य 🗖	(स्पष्ट करें)	
कंपनी के किसी संलग्न व	कर्मचारी और/या ठे ^र	केदार के नाम समेत वृ	ज्पया घटना का स्पष्ट ए	वं विस्तृत ब्यौ	रा दें।		
 क्षति की कुल राशि \$	S :						

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? क्या आपने पिछले 12 महीनों में सेवा के लिए हमें कॉल किया है? यदि हाँ, तो तारीख, कॉल किए गए कार्यालय और कॉल की प्रकृति			उसके नाम (यदि ज्ञात हो) का ब्यौरा दें
क्षति के मदों की सूची दें: उसमें मेक, मॉडल और खरीद की तारीख ज कृपया मरम्मत(तों) का अनुमान तथा नुकसान दर्शाने वाला कोई चि		l	
क्या आपने इस क्षति के लिए अपने बीमा वाहक या अन्य के समक्ष के बीमा वाहक 🔲 अन्य 🗖 (स्पष्ट करें)	ोई दावा किया ह <u>ै</u>	?	
आपके बीमा वाहक का नाम और पॉलिसी संख्या			
दावाकर्ता(गण) स्वीकार करते हैं कि उन्होंने इस दावा फॉर्म को ध्याः माना जाता है कि इन सूचनाओं के लिए कंपनी का अनुरोध इस बात	न से पढ़ लिया है, का संकेत नहीं है	, कि वे क्षतिग्रस्त संप कि कंपनी इस दावे व	त्ति के मालिक हैं तथा दी गयी सूचनाएं सत्य और सही हैं। यह 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 वस्तुत: झूठी सूचनाएं हैं, या गुमराह करने के लिए इससे संबंधित किसी तथ्यात्मक सामग्री को छुपाता है, तो वह बीमा संबंधी धोखेधड़ी का काम करता है, जो एक अपराध है।"

दावा सूचना फॉर्म

नाम (नाम स्पष्ट रूप रे	ने लिखें):						
डाक पता:							
Con Edison खाता सं	ख्या:						
टेलीफोन: दिन वे	र समय:			_ सेल:			
ईमेल पता:							
कृपया घटना का स्पष्ट	और विस्तृत विवरण प्रव	द्मन करें। यह समझाएं ि	के आप ऐसा क्यों मान	ते हैं कि Con Ediso	n क्षति के लिए ज़िम्मे	दार है।	
कृपया क्षति और/या नु	कसानों का स्पष्ट और वि	गेस्तृत विवरण प्रदान करे	रं (मरम्मत के बिलों औ	र/या मरम्मत के अन्	गुमानों की प्रतियाँ सग्	म्मेलित 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)