

Debe tener el sello postal o
enviarse en línea
A MÁS TARDAR EL
24 DE JULIO DE 2023

Maxim Healthcare Settlement Administrator
P.O. BOX 225391
New York, NY 10150-5391
www.MaximSettlement.com

**MAXIM
HEALTH
CARE**

Formulario de reclamo del acuerdo de Maxim Healthcare

BENEFICIOS DEL ACUERDO - QUÉ PUEDE OBTENER

Si recibió una notificación de Maxim Healthcare (“Maxim”) comunicándole que su información de identificación personal puede haberse visto comprometida como consecuencia de un ciberataque delictivo de terceros contra Maxim que ocurrió entre el 1 de octubre de 2020 y el 4 de diciembre de 2020 (el “Incidente de Datos”), usted es Miembro del Colectivo del Acuerdo y puede presentar un reclamo por Beneficios del Acuerdo.

La forma más fácil de presentar un reclamo es en línea, en www.MaximSettlement.com, o puede completar y enviar este Formulario de Reclamo por correo a la dirección postal que figura arriba.

Puede enviar un reclamo por uno o más de estos beneficios:

Reembolso en efectivo. Use el Formulario de Reclamo para solicitar dinero para uno o más de los siguientes conceptos:

1. **Beneficio de pago en efectivo de California.** Si fue residente de California entre el 1 de octubre de 2020 y el 4 de diciembre de 2020 y presentó un Formulario de Reclamo válido y oportuno, es elegible para recibir un pago en efectivo de **\$100**. Esta cantidad se puede combinar con un reclamo de Gastos Extraordinarios documentados, pero no se puede combinar con el Beneficio de Reembolso por Tiempo Perdido, que se menciona a continuación.
2. **Reembolso por Tiempo Perdido por el tiempo que dedicó o perdió.** Si no es residente de California, y si dedicó o perdió tiempo solucionando problemas relacionados con el Incidente de Datos, puede ser elegible para el reembolso de hasta tres (3) horas de tiempo perdido a una tasa de \$20.00 por hora, sin exceder \$60.00 en total. Este monto se puede combinar con un reclamo por Gastos Extraordinarios documentados, que se mencionan a continuación, pero no se puede combinar con el Beneficio de Pago en Efectivo de California, que se mencionó más arriba.
3. **Reembolso de Gastos Extraordinarios por Dinero que usted gastó o perdió.** Si experimentó una pérdida real debido al Incidente de Datos, y tiene documentación que respalde estas pérdidas, se le puede reembolsar hasta \$5,000 por Gastos Extraordinarios relacionados con el robo de identidad. Debe presentar la documentación que respalde sus reclamos.

Los reclamos se deben presentar en línea o por correo con sello postal que no supere el 24 de julio de 2023. Use la dirección que figura en la parte superior de este formulario para los reclamos que envíe por correo.

Tenga en cuenta que el Administrador del Acuerdo puede contactarse con usted para solicitar documentación adicional necesaria para procesar su reclamo.

Para obtener más información sobre los beneficios del Acuerdo, qué documentación debe adjuntar, cómo decidirá el Administrador del Acuerdo si aprueba sus pagos, y conocer las instrucciones completas, visite www.MaximSettlement.com

El Acuerdo también establece que todos los Miembros del Colectivo recibirán un código por 12 meses de protección contra el robo de identidad Financial Shield. Su código de activación está contenido en la Tarjeta Postal de su Notificación y puede usarlo para activar el servicio Financial Shield en <https://app.financialshield.com/enrollment/activate/maxim> después de la Fecha de Entrada en Vigencia, estimada para el 28 de agosto de 2023.

Los beneficios del Acuerdo se distribuirán solo después de que el Acuerdo sea aprobado por el Tribunal.

Su Información

Usaremos esta información para comunicarnos con usted y procesar su reclamo. No se usará para ningún otro fin. Si se produce algún cambio en la información que se menciona a continuación, debe notificarnos de inmediato mediante mail to la sección de contacto del Sitio Web del Acuerdo o en forma escrita por correo a la dirección que figura en la parte superior de este Formulario de Reclamo.

6 2 6 9 6

Su identificación única (ubicada en la Tarjeta Postal de Notificación que se le envió por correo)

Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Dirección postal

Dirección postal 2

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono

@

Dirección de correo electrónico (OPCIONAL: SI DESEA QUE SE LE ENVÍE UN RECORDATORIO POR CORREO ELECTRÓNICO CON RESPECTO A LA FECHA EN LA QUE PUEDE USAR SU CÓDIGO DE ACTIVACIÓN PARA FINANCIAL SHIELD, PROPORCIONE SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO)

Beneficio de pago en efectivo de California

Si usted es residente de California, puede recibir un pago en efectivo de \$100. **Este monto se puede combinar con un reclamo de Gastos Extraordinarios, pero no se puede combinar con un reclamo por Tiempo Perdido.**

Marque la casilla a continuación si desea recibir un Beneficio de Pago en Efectivo.

Me gustaría recibir un pago en efectivo de \$100.

Si su dirección de residencia calificada en California es diferente de la dirección postal proporcionada anteriormente, méncionela a continuación:

Residencia calificada en California

Residencia calificada en California 2

Ciudad Estado Código Postal

Si no desea presentar un reclamo de Pérdidas por Gastos Extraordinarios, puede pasar a la última sección titulada "Cómo le gustaría recibir su pago en efectivo".

Reembolso por tiempo perdido

Puede ser elegible para recibir un reembolso máximo de tres (3) horas en concepto de tiempo perdido para subsanar los problemas relacionados con el Incidente de Datos (a \$20.00 por hora), sin superar el total de \$60.00. Si completa esta sección, está certificando que las horas reclamadas se dedicaron a hacer esfuerzos razonables para abordar el Incidente de Datos o se deben a las Pérdidas que ocurrieron como consecuencia de ello. **SI RECLAMÓ EL BENEFICIO PARA RESIDENTES DE CALIFORNIA MENCIONADO ANTERIORMENTE, NO PUEDE RECLAMAR ESTE BENEFICIO. ESTE BENEFICIO SOLO ESTÁ DISPONIBLE PARA RESIDENTES QUE NO SON DE CALIFORNIA.**

Número de horas reclamadas (Seleccione una opción)	<input type="checkbox"/> 1 Hora <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> 3 horas
--	---

Reembolso en efectivo: Gastos Extraordinarios Documentados

Puede recibir un reembolso máximo de \$5,000 por pérdidas extraordinarias documentadas incurridas como consecuencia del Incidente de Datos si: (1) la pérdida es una pérdida monetaria real, documentada y no reembolsada; (2) es muy probable que la pérdida haya ocurrido debido al Incidente de Datos; (3) la pérdida ocurrió entre el 1 de octubre de 2020 y el **24 de julio de 2023**; (4) la pérdida no es por Beneficios de Tiempo Perdido (mencionado anteriormente) o Beneficio en Efectivo de California (mencionado anteriormente) y (5) ha hecho los esfuerzos razonables para evitar la pérdida o solicitar el reembolso de la pérdida, incluidos, entre otros, el uso de todos los seguros de seguimiento de crédito y de robo de identidad disponibles. Si no proporciona la documentación requerida para respaldar su Reclamo, su Reclamo será denegado.

Tipos de gastos o pérdidas y ejemplos de documentación	Monto aproximado de la pérdida y fecha	Descripción del gasto, dinero gastado o de la pérdida y documentación de respaldo (Identifique la información que adjunta y por qué está relacionada con el Incidente de Datos)
Pérdida extraordinaria <i>Ejemplos: cargos fraudulentos no reembolsados, honorarios profesionales incurridos para abordar el robo de identidad o fraude, tales como falsificación de declaraciones de impuestos, fraude de cuenta o robo de identidad médica</i>	\$ _____ . _____ ____ / ____ / ____ MM DD AAAA	_____ _____ _____ _____
Otros gastos extraordinarios <i>Sírvase proporcionar una descripción detallada de la Pérdida Extraordinaria.</i>	\$ _____ . _____ ____ / ____ / ____ MM DD AAAA	_____ _____ _____ _____

¿Cómo le gustaría recibir su pago en efectivo?

Si está haciendo un reclamo por un pago en efectivo en este Formulario de Reclamo y desea recibir un pago digital, envíe un Formulario de Reclamo electrónicamente en el Sitio Web del Acuerdo. Puede recibir el pago a través de Zelle, PayPal, Venmo, eMastercard o depósito directo ACH. Los pagos en efectivo reclamados por correo se enviarán mediante cheques en papel a la dirección postal proporcionada. Los cheques se deben cobrar dentro de los 90 días posteriores a su recepción.

Firma

Afirmo, en virtud de las leyes del Estado de California, que la información que proporcioné en este Formulario de Reclamo y la documentación que envié para respaldar mi reclamo son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Comprendo que el Administrador de Reclamos me puede pedir que proporcione información adicional antes de completar mi reclamo.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Nombre en letra de imprenta: _____

LATITE