

Este Formulario de Reclamo debe completarse en línea si usted ingresó al portal de pacientes MyChart de EMC, y/o envió un formulario en línea y/o programó una cita de laboratorio en el sitio web público de EMC [www.eisenhowerhealth.org](http://www.eisenhowerhealth.org) entre el 1.º de enero de 2019 y el 3 de mayo de 2023 y desea recibir un pago en virtud del Acuerdo. Usted puede recibir un pago si completa este Formulario de Reclamo, si se aprueba el Acuerdo y si se determina que reúne los requisitos para recibir el pago.

La Notificación del Acuerdo describe sus derechos y opciones legales. Visite el Sitio Web oficial del Acuerdo, [www.EMCWebSettlement.com](http://www.EMCWebSettlement.com), o llame al 1-866-972-3872 para obtener más información.

Si desea presentar un reclamo por un pago en virtud del Acuerdo, tiene que proporcionar la información que se solicita a continuación. Este Formulario de Reclamo debe presentarse en línea en el Sitio Web del Acuerdo a más tardar el **2 de octubre de 2025** o enviarse por correo al Administrador del Acuerdo a: Eisenhower Medical Center Settlement Administrator, P.O. Box 3274, Baton Rouge, LA 70821 con sello postal fechado a más tardar el **2 de octubre de 2025**.

---

## **I. NOMBRE, DATOS DE CONTACTO E INFORMACIÓN SOBRE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL MIEMBRO DEL COLECTIVO**

---

Proporcione a continuación su nombre, dirección postal, número de teléfono de 10 dígitos, dirección de correo electrónico asociada a su cuenta MyChart de EMC o registrada de otro modo en EMC, y el Número de Identificación Único de Miembro del Colectivo del Acuerdo que figura en la notificación del acuerdo que recibió por correo electrónico o postal. También puede cargar/proporcionar otras pruebas que acrediten su condición de Miembro del Colectivo del Acuerdo, como la confirmación del envío de un formulario en línea o la programación de una cita de laboratorio. Debe notificar al Administrador del Acuerdo su información de contacto cambia después de enviar este Formulario de Reclamo.

--	--

**Nombre**

**Apellido**

--

**Dirección física**

--

**Ciudad**

--

**Estado**

--

**Código postal**

--

**Número de teléfono**

--

**Dirección de correo electrónico para la cuenta MyChart de EMC**

--

**Nro. de Identificación del Miembro del Colectivo del Acuerdo**

---

## **II. ELECCIÓN DE RESARCIMIENTO**

---

Por favor, lea la Notificación del Acuerdo y la Sección VI del Acuerdo (disponible en [www.EMCWebSettlement.com](http://www.EMCWebSettlement.com)) para conocer más información sobre quién puede acceder a un pago.

**Elijo un pago en efectivo de una parte proporcional del Fondo Neto del Acuerdo.**

\_\_\_\_\_ Al marcar esta línea, solicito el pago en efectivo de una parte proporcional del Fondo Neto del Acuerdo.

---

### III. OPCIONES DE PAGO

---

Seleccione **una** de las siguientes opciones de pago para recibir su pago en efectivo:

**PayPal** -- Indique su dirección de correo electrónico de PayPal: \_\_\_\_\_

**Venmo** -- Indique el número de teléfono celular asociado a su cuenta: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Zelle:** Indique el número de teléfono celular o la dirección de correo electrónico asociados con su cuenta de Zelle:

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ o dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Cheque enviado por correo:** Indique la dirección a la que desea que se le envíe el cheque por correo:

\_\_\_\_\_  
[Dirección física]

\_\_\_\_\_  
[Ciudad]

\_\_\_\_\_  
[Estado]

\_\_\_\_\_  
[Código postal]

---

### IV. FIRME Y FECHES SU FORMULARIO DE RECLAMO

---

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y las leyes del Estado de California que soy Miembro del Colectivo del Acuerdo y que la información proporcionada en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Entiendo que mi Formulario de Reclamo puede estar sujeto a auditoría, verificación y revisión por parte del Tribunal, y que el Administrador del Acuerdo puede solicitarme que proporcione oportunamente información complementaria antes de que mi reclamo pueda considerarse completo y válido. También entiendo que, al presentar este reclamo, renuncio a todos los Reclamos Exonerados, según se detalla en la Notificación de Propuesta de Acuerdo de Demanda Colectiva.

\_\_\_\_\_  
Su firma

Fecha: \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

\_\_\_\_\_  
Su nombre

\_\_\_\_\_  
Ciudad y estado de firma

### PRESENTE SU FORMULARIO DE RECLAMO EN LÍNEA.

Este Formulario de Reclamo debe presentarse en el Sitio Web del Acuerdo hasta la medianoche del **2 de octubre de 2025** o enviarse por correo al Administrador del Acuerdo a [info@EMCWebSettlement.com](mailto:info@EMCWebSettlement.com), con sello postal fechado a más tardar el **2 de octubre de 2025**.