

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL ACUERDO DE DEMANDA COLECTIVA

IMPORTANTE: Si es Miembro del Grupo y no presenta este Formulario de Reclamación, no recibirá nada y seguirá estando vinculado por el Acuerdo. Si presenta este Formulario de Reclamación, es posible que reciba un cheque. Se le ha identificado como un demandante que probablemente sea Miembro del Grupo.

Según los registros de la Demandada, Auto-Owners (Mutual) Insurance Company (“la Aseguradora”), es posible que usted sea miembro del Grupo de Demandantes en el caso denominado *Walker, et al. vs. Auto-Owners (Mutual) Insurance Company*, núm. 2023-LA-0000143, en el Tribunal de Circuito del condado de Peoria, Illinois. Sin embargo, es necesario revisar la información de los registros de la Aseguradora para determinar si usted es miembro del Grupo de Demandantes y, en caso afirmativo, cuánto dinero puede tener derecho a recibir.

Lea el Aviso de la Demanda Colectiva adjunto antes de llenar este Formulario de Reclamación. Para participar en el Acuerdo, debe llenar este Formulario de Reclamación en la medida de sus posibilidades, firmarlo y (1) enviarlo por correo con matasellos del 26 de febrero de 2024 a más tardar O (2) cargarlo en www.A-ODEpreciationSettlement.com.

Si tiene preguntas, visite www.A-ODEpreciationSettlement.com o llame al 1-800-253-4349.

Favor de no llamar a la Aseguradora ni a su agente de seguros para hablar sobre esta demanda o el Formulario de Reclamación. No obstante, puede seguir llamando a la Aseguradora o a su agente de seguros para cualquier otro asunto relacionado con el seguro.

INFORMACIÓN SOBRE LOS SINIESTROS CUBIERTOS:

Un Siniestro Estructural significa daños físicos a una casa, edificio, casa prefabricada, condominio, vivienda de alquiler u otra estructura en Arizona, Illinois, Missouri o Wisconsin mientras se está cubierto por una póliza de seguro de líneas personales o comerciales emitida por la Aseguradora.

Un Siniestro Cubierto significa una reclamación de seguro de primera parte por un Siniestro Estructural que (a) ocurrió durante los Periodos de la Demanda aplicables y (b) dio lugar a un pago de valor real en efectivo (ACV, por sus siglas en inglés) por parte de la Aseguradora, o habría dado lugar a un pago de ACV de no ser por la deducción de la Depreciación No Material.

Los “Periodos de la Demanda” dependen de la ubicación de la estructura y del periodo de prescripción de demandas de la póliza de seguro. Puede encontrar información sobre los Periodos de la Demanda en el Aviso de Demanda Colectiva que acompaña este Formulario de Reclamación.

Número de póliza: _____

Número de reclamación: _____

Fecha del siniestro: _____

Dirección del inmueble asegurado: _____

ID del Demandante (se encuentra en el Aviso que recibió) _____

Este Formulario de Reclamación solo se aplica al Siniestro Cubierto indicado anteriormente. Si tuvo más de un Siniestro Cubierto durante el Periodo de la Demanda, es posible que reciba un Formulario de Reclamación

por separado para cada uno de los siniestros. Debe llenar y enviar esos Formularios de Reclamación para tener derecho a recibir un pago por esos siniestros.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. Proporcione su dirección postal actual si la dirección indicada anteriormente no es correcta.

2. Si cedió la reclamación de seguro identificada con anterioridad a un contratista, o usted es el contratista al que le fue cedida la reclamación, introduzca el nombre y la dirección del contratista al que se cedió la reclamación de seguro y explique cuándo y por qué se hizo la cesión. Una cesión es un acuerdo por escrito para permitir que otra parte, como un techador o contratista, cobre los beneficios de su seguro.

Favor de adjuntar una constancia escrita de la cesión. Si presenta este Formulario de Reclamación como el contratista a quien se le cedió una reclamación, al firmar el Formulario de Reclamación acepta indemnizar a la Aseguradora por cualquier pérdida si el titular de la póliza también presentó un Formulario de Reclamación o se opone a la emisión de un Pago de Liquidación de Reclamación para usted.

3. Si presenta este Formulario de Reclamación en calidad de representante legalmente autorizado porque el asegurado del siniestro identificado más arriba falleció o está incapacitado, indique cómo y cuándo se convirtió en representante legalmente autorizado. Adjunte una constancia escrita de su autoridad legal para representar al asegurado.

FIRME Y FECHE SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN:

Afirmo que deseo presentar una reclamación asociada con el acuerdo de demanda colectiva y que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

ENVÍE SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN:

Los Formularios de Reclamación deben tener un matasellos del 26 de febrero de 2024 a más tardar y enviarse a:

Auto-Owners Depreciation Settlement
c/o Atticus Administration, LLC
PO Box 64053
Saint Paul, MN 55164

También puede llenar, escanear y cargar este Formulario de Reclamación en www.A-ODepreciationSettlement.com.

ADMINISTRACIÓN DE LAS RECLAMACIONES:

Le pedimos que tenga paciencia. Si reúne los requisitos para recibir un pago en virtud del Acuerdo, se le enviará un Cheque del Acuerdo por correo. Si no reúne los requisitos, se le enviará una carta explicándole los motivos.