

Overlake Settlement Claims Administrator P.O.  
Box 3314  
Baton Rouge, LA 70821

**Deberá presentar su reclamación a más tardar el 13 de diciembre 2021**

***Richardson v. Overlake Hospital Medical Center et al.,***  
Tribunal Superior del Estado de Washington, Condado de King (Caso N.º 20-2-07460-8 SEA)

**Formulario de Reclamación**

Debe presentar este formulario de reclamación en línea o enviarlo por correo postal si recibió una notificación de Overlake Hospital Medical Center u Overlake Medical Clinics, LLC (referidos colectivamente como "Overlake") en relación con un ataque cibernético a los sistemas informáticos de Overlake que ocurrió en diciembre de 2019 (el "Incidente de Datos") y usted incurrió en gastos extras, cargos fraudulentos, tiempo perdido dedicado a resolver el Incidente de Datos o pérdidas monetarias extraordinarias no reembolsadas a consecuencia del Incidente de Datos. Es posible que usted reciba un cheque si llena este formulario de reclamación, en caso de que se apruebe el acuerdo y se determine que usted califica para recibir un pago.

En el aviso del acuerdo se describen sus derechos legales y opciones. Visite el sitio web oficial de la administración del acuerdo, [www.OHMCDataSettlement.com](http://www.OHMCDataSettlement.com), o llame al 1-844-417-0024 para obtener más información.

Si desea presentar una reclamación por un pago en virtud del acuerdo, tiene que proporcionar la información que se le solicita a continuación. Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra. Deberá enviar y sellar este formulario de reclamación a más tardar **el 13 de diciembre de 2021**.

PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE ESTE ACUERDO, DEBERÁ INDICAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA (\*) A CONTINUACIÓN Y DEBERÁ FIRMAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN. DEBE USAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SOLO SI ENVIARÁ POR CORREO SU RECLAMACIÓN Y NO LA PRESENTARÁ EN LÍNEA. TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR SU RECLAMACIÓN EN LÍNEA EN [www.OHMCDataSettlement.com](http://www.OHMCDataSettlement.com).

**1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL COLECTIVO.**

<input type="text"/>															<input type="text"/>									
Primer nombre															Inicial del segundo nombre									
<input type="text"/>															<input type="text"/>									
Apellido															Sufijo									
<input type="text"/>																								
Dirección postal: dirección/P.O. Box (incluya el número de apartamento/suite/piso)																								
<input type="text"/>															<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Ciudad															Estado		Código postal							
<input type="text"/>																								
Dirección de correo electrónico actual (opcional)																								
<input type="text"/>					-	<input type="text"/>					-	<input type="text"/>												
Número de teléfono actual (obligatorio)										Número de identificación de reclamación del														

Identificación de reclamación del acuerdo: puede encontrar su número de identificación de reclamación del acuerdo en el Aviso postal que recibió por correo informándole sobre este Acuerdo. Si necesita ayuda adicional para localizar este número de identificación, comuníquese con el Administrador del Acuerdo al 1-844-417-0024.

Dirección fuera de los Estados Unidos: Si su dirección actual está fuera de los Estados Unidos, llene este formulario de reclamación en línea en [www.OHMCDataSettlement.com](http://www.OHMCDataSettlement.com) y en la página de Class Member Information (Información del Miembro del Colectivo) seleccione la casilla que dice "Please check if this is a non-U.S. address" (Marque esta casilla si no es una dirección en los Estados Unidos).

## **2. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PAGOS.**

Revise el aviso y las secciones 2.1 y 2.2 del Acuerdo de Demanda Colectiva, (disponible en [www.OHMCDataSettlement.com](http://www.OHMCDataSettlement.com)), donde encontrará más información de quién califica para recibir un pago y la naturaleza de los gastos o pérdidas que se pueden reclamar.

Indique toda la información que pueda para ayudarnos a determinar si tiene derecho a recibir un pago en virtud del acuerdo.

### **LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:**

Marque la casilla de cada categoría de gastos extras, cargos fraudulentos o tiempo perdido en los que incurrió como consecuencia del Incidente de Datos. **Asegúrese de indicar el monto total que reclama por cada categoría y anexar la documentación de soporte de los cargos descritos en negrita** (si se le pide que presente estados de cuenta como parte de las pruebas requeridas respecto de cualquier parte de su reclamación, puede tachar las transacciones no vinculadas con dicha reclamación).

#### **a. Gastos ordinarios causados por el Incidente de Datos:**

Cargos no reembolsados causados por el Incidente de Datos.

**Ejemplos** comisiones bancarias, cargos de llamadas de larga distancia, cargos de telefonía móvil (solo si se cobran por minuto), cargos de datos (solo si se cobran según la cantidad de datos usados), gastos de envío o gasolina para desplazamientos locales. Entre otros ejemplos se incluyen las comisiones por informes de crédito, monitoreo de créditos u otro producto de seguro contra robo de identidad adquirido entre el 4 de febrero de 2020 y el 14 de junio de 2021.

Monto total de esta categoría: \$     .

Describa brevemente los cargos que ha reclamado.

---

---

---

***Si busca que se le reembolsen las comisiones, gastos o cargos, anexe una copia de una declaración de la empresa que le hizo el cobro o un recibo del monto causado.***

***Si busca que se le reembolsen los gastos por informes de crédito, monitoreo de créditos u otro producto de seguro contra robo de identidad adquirido entre el 4 de febrero de 2020 y el 14 de junio de 2021, anexe una copia del recibo u otro comprobante de compra de cada informe de crédito o producto adquirido. (Nota: Al reclamar un reembolso en esta categoría, usted certifica que compró el producto de monitoreo de créditos u otro producto de seguro contra robo de identidad fundamentalmente por el Incidente de Datos de Overlake y no con ningún otro fin).***

Antes de enviar la documentación, puede tachar las transacciones que no apliquen a su reclamación.

Entre una y tres horas de tiempo documentado dedicado a resolver el Incidente de Datos

***Ejemplos: Usted pasó al menos una hora completa llamando a líneas de atención al cliente, escribiendo cartas o correos electrónicos o en Internet para pedir que se le revirtieran cargos fraudulentos o para actualizar los programas de pagos automáticos porque su número de tarjeta cambió. Usted pasó al menos una hora completa reprogramando citas médicas y/o buscando atención médica y tratamientos alternativos, volviéndose a hacer o sometándose a exámenes médicos, ubicando expedientes clínicos o retrayendo la historia clínica a consecuencia del Incidente de Datos. Tenga en cuenta que el tiempo que le tome llenar este Formulario de Reclamación no es reembolsable y no debe incluirlo en el total.***

Cantidad total de horas reclamadas:

***Si pasó ese tiempo en línea o al teléfono, describa brevemente lo que hizo o anexe una copia de las cartas o correos electrónicos que haya escrito. Si pasó ese tiempo tratando de hacer que se le revirtieran cargos fraudulentos, describa brevemente lo que hizo. Si pasó ese tiempo actualizando cuentas porque le reemplazaron su tarjeta, indique qué otras cuentas tuvo que actualizar. Si dedicó ese tiempo a asuntos relacionados con su historia clínica o tratamiento, describa brevemente lo que hizo.***

Antes de enviar la documentación, puede tachar las transacciones que no fueron fraudulentas y cualquier otra información que no aplique a su reclamación.

Describir brevemente el tiempo dedicado a lidiar con el Incidente de Datos.

---

---

---

**b. Gastos extraordinarios**

Gastos no reembolsados causados por robo de identidad o fraude.

Monto total de esta categoría: \$      .

*Anexe una copia de los estados que demuestren que hubo robo de identidad o fraude, así como la correspondencia que indica que usted denunció el fraude. Si no tiene nada por escrito, indique la fecha aproximada en la que hizo la denuncia y a quién le presentó su denuncia de fraude.*

Antes de enviar la documentación, puede tachar la información que no aplique a su reclamación.

Fecha de la denuncia:   /   /

Descripción de la(s) persona(s) a la que denunció el fraude y los documentos proporcionados para demostrar que se produjo un robo o fraude de identidad.

---

---

---

Marque esta casilla para confirmar que agotó todas las pólizas de seguro correspondientes, incluidos el seguro de monitoreo de créditos y el seguro contra robo de identidad, y que no tiene ningún seguro que cubra esos cargos fraudulentos.

Otros gastos extras no reembolsados que tuvo por el Incidente de Datos y que no explicó en su respuesta anterior.

**Ejemplos:** Esta categoría incluye todos los demás gastos o cargos no reembolsados que no explicó en sus respuestas a las preguntas anteriores, entre los que se incluyen gastos o cargos que usted cree que fueron producto de un robo de identidad, incluido robo de identidad relacionado con su atención médica.

Monto total de esta categoría: \$      .

Describa los gastos y por qué considera que tienen que ver con el Incidente de Datos e indique de la manera más detallada posible la fecha en la que incurrió en esos gastos y la empresa o persona a la que tuvo que pagárselos. Presente copia de los recibos, denuncias policiales u otro documento que sirva de soporte para su reclamación. Antes de procesar su reclamación, el administrador del acuerdo podrá contactarlo para pedirle información adicional.

---

---

---

Marque esta casilla para confirmar que, antes de presentar esta reclamación, usted agotó todo el seguro de monitoreo de crédito y todo el seguro contra robo de identidad que pueda tener respecto de los gastos extras.

**3. FIRME Y FECHÉ SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.**

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de los Estados Unidos y las leyes de mi estado de residencia que la información que indico en este formulario de reclamación es verdadera y correcta según recuerdo y que formalizo este formulario en la fecha indicada a continuación.

Entiendo que es posible que el Administrador del Acuerdo o el Árbitro de Reclamaciones me pida información complementaria antes de que considere que mi reclamación está completa y válida.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

**4. LISTA DE VERIFICACIÓN A MODO DE RECORDATORIO**

1. Para sus registros personales, conserve copias del Formulario de Reclamación completado y la documentación entregada.
2. Si cambia de dirección o tiene que hacer alguna corrección en la dirección que indica en este Formulario de Reclamación, visite el sitio web del Acuerdo [www.OHMCDataSettlement.com](http://www.OHMCDataSettlement.com) y llene el formulario de Actualización de la información de contacto o envíe por escrito una notificación de su nueva dirección. Asegúrese de incluir el número de reclamación del Acuerdo y su número de teléfono por si es necesario contactarlo para completar su solicitud.
3. Para obtener más información, visite el sitio web del Acuerdo en [www.OHMCDataSettlement.com](http://www.OHMCDataSettlement.com) o llame al Administrador del Acuerdo al 1-844-417-0024. No contacte al Tribunal ni al Secretario del tribunal para pedirles más información.