



400872099999999999

Nemeth v. Columbia University Health Care, Inc.
Tribunal Superior del Estado de Nueva York, Condado de Nueva York
Caso N.º 655570/2024

FORMULARIO DE RECLAMO

Este Formulario de reclamación debe completarse en línea o enviarse por correo si usted es un Miembro del Grupo del Acuerdo de Conciliación y recibió una notificación de **Columbia University Health Care, Inc. (“Columbia” o la “Demandada”)** de que su información privada se vio o pudo haber sido afectada en el supuesto Incidente de Datos que supuestamente ocurrió entre el **11 de septiembre de 2023 y el 7 de marzo de 2024**.

Los Miembros del Grupo de Demandantes deben completar este formulario de Reclamación si desean reclamar dos años de monitoreo médico completo de CyEx Medical Shield, reembolso en compensación por Pérdidas Documentadas y/o un Pago Prorrrateado en Efectivo. Usted puede obtener un cheque si completa este Formulario de Reclamación, si la Conciliación es aprobada, y si se determina que usted cumple los requisitos para obtener un pago. El Acuerdo de Conciliación establece un fondo para compensar a los Miembros del Grupo de la Conciliación, para proporcionar servicios de monitoreo de crédito, reembolso de las pérdidas de bolsillo y/o para proporcionar a los Miembros del Grupo de la Conciliación un pago en efectivo prorrrateado, así como para cubrir los costos de aviso y administración, ciertos impuestos, pagos de adjudicación por Servicios, y honorarios y costos de abogados según lo determine el Tribunal.

El Aviso que le enviamos por correo describe sus opciones y derechos legales. Visite el sitio web del Acuerdo de Conciliación, ColumbiaHealthCareDataBreach.com, o llame al 1-888-887-7407 para obtener más información.

Si desea enviar una reclamación de beneficios, solo tiene que proveer la información que se solicita a continuación. Si hace un envío por correo postal, escriba claramente en letra de imprenta y con tinta azul o negra. La fecha límite para presentar este formulario de reclamación en línea o para su franqueo para envío por correo postal es el **25 de noviembre de 2025**.

Si desea recibir esta notificación o un formulario de reclamo en español, visite la página de documentos en el sitio web del acuerdo.

1. Información de los Miembros del Grupo de Demandantes (Toda la información es obligatoria).

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:		
Dirección de correo electrónico:		
Identificación única (se encuentra en el aviso de la tarjeta postal)*:		

* Si no puede localizar su Identificación Única, comuníquese con el Administrador de la Conciliación al 1-888-887-7407.

2. Información de requisitos para obtener un pago

Sírvase revisar el Aviso y la cláusulas IV del Acuerdo de Conciliación (disponible en ColumbiaHealthCareDataBreach.com) para obtener mayor información sobre qué personas reúnen los requisitos para obtener un pago y la naturaleza de los gastos o pérdidas que se pueden reclamar.



400872099999999999

Sírvase proporcionar tanta información como pueda para ayudarnos a determinar si usted reúne los requisitos para obtener los beneficios.

SÍRVASE BRINDAR LA INFORMACIÓN INDICADA A CONTINUACIÓN.

Servicios de monitoreo de crédito:

- ☐ Marque esta casilla si desea reclamar dos años de CyEx Medical Shield Complete para monitorear los datos médicos y de atención médica. El producto incluye monitoreo de crédito de una agencia, monitoreo de identificación del plan de seguro médico, monitoreo de beneficiarios de Medicare, monitoreo de números de registros médicos, monitoreo de la web oscura, monitoreo de cuentas de ahorros de salud, monitoreo de identificadores de proveedores nacionales, monitoreo de transacciones de alto riesgo, asistencia para congelamiento de seguridad y asistencia a víctimas.

Reparación monetaria: Los Miembros del Grupo de Demandantes pueden optar por presentar una reclamación de reembolso por Pérdidas Documentadas y/o un Pago Prorrrateado en Efectivo. Los reembolsos reclamados deben estar respaldados por pruebas documentales.

Reembolso de pérdidas documentadas

- ☐ Marque esta casilla si desea reclamar un reembolso de hasta \$10,000 en gastos documentados.

Ejemplos: costos no reembolsados, gastos, pérdidas, o cargos incurridos como resultado del robo de identidad o fraude de identidad, declaraciones de impuestos falsificadas u otro posible uso indebido de su información; costos incurridos a partir del **21 de diciembre, 2023**, y hasta el **25 de noviembre, 2025**, asociados con la compra el otorgamiento de servicios adicionales de monitoreo de crédito o protección contra el robo de identidad y/o el acceso o el congelamiento/descongelamiento de informes de crédito con cualquier agencia de informes de crédito; otros gastos varios en que incurra como cargos de notarios, fax, franqueo, copias, millaje y llamadas telefónicas de larga distancia en los que se incurrió el **21 de diciembre de 2023**, o después de esa fecha, y a más tardar el **25 de noviembre de 2025**.

Para recibir el reembolso por cualquier Pérdida documentada, los Miembros del Grupo de Demandantes deben presentar documentación de respaldo de la pérdida y una descripción de cómo la pérdida se asocia razonablemente al supuesto Incidente de Datos, si esto no es claramente evidente a partir de la documentación. Las pérdidas documentadas pueden respaldarse con recibos u otra documentación que demuestre los costos razonables en los que realmente incurrió el Demandante. La documentación “de preparación propia”, como recibos escritos a mano, son, por sí mismos, insuficientes para recibir el reembolso, pero se pueden considerar para agregar claridad o respaldar otra documentación presentada.

Tipo de costo (Llene todo lo que corresponda)	Fecha aproximada de la pérdida	Monto de la pérdida	Descripción de la Documentación razonable de respaldo (Identifique lo que está adjuntando y como se relaciona con el supuesto Incidente de datos)
Cargos bancarios incurridos entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	Ejemplo: Estado de cuenta bancario con cargos resaltados _____ _____ _____
Cargos por larga distancia, teléfono celular y datos (pero solo si se cobran por minuto o por datos efectivamente utilizados) incurridos entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	Ejemplo: Estado de cuenta con cargos resaltados _____ _____ _____ _____
Cargos por franqueo incurridos entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	Ejemplo: Recibo de gastos postales _____ _____ _____
Gasolina para viajes locales comprada entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	Ejemplo: Recibo de compra de combustible _____ _____ _____
Cargos por informes crediticios comprados entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	Ejemplo: Avisos o estados de cuenta que reflejen el pago de un informe de crédito _____ _____ _____
Monitoreo del crédito que fuera pedido entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	Ejemplo: Recibo o estado de cuenta que refleje compras realizadas en relación con los servicios ampliados contra el robo de identidad y/o monitoreo del fraude _____ _____ _____
Otra pérdida (proporcione una descripción detallada) incurrida entre el 21 de diciembre de 2023 y el 25 de noviembre de 2025	mm - dd - aa	\$.	_____ _____ _____
	TOTAL:	\$.	



4008720999999999997

Pago en efectivo prorrateado

- ☐ Marque esta casilla si desea reclamar un Pago en efectivo prorrateado en lugar o además del reembolso por las Pérdidas documentadas. Los Pagos en efectivo prorrateados se calcularán dividiendo los fondos restantes en el Fondo del Acuerdo después del pago de los Honorarios de administración del Acuerdo de Conciliación, los Honorarios y gastos, los Pagos por servicio, el Monitoreo del crédito y médico y las Pérdidas documentadas.

Cómo recibirá su pago

Si presentó una reclamación de pago en este Formulario de Reclamación, y si su reclamación y el acuerdo finalmente se aprueban, recibirá un correo electrónico de Epiq a la dirección que proporcionó en este Formulario de Reclamación, solicitándole que elija su método de pago. Tendrá disponibles las opciones de pago electrónico más comunes, o puede optar por un cheque.

Asegúrese de proporcionar una dirección de correo electrónico actual y completa. Si no proporciona una dirección de correo electrónico actual y válida, el administrador del acuerdo podría intentar enviarle un cheque basándose en su dirección física registrada.

3. Firma y fecha

Al enviar este Formulario de Reclamación, certifico que cumplo los requisitos para presentar una reclamación en esta Conciliación y que la información proporcionada en este Formulario de Reclamación y en cualquier anexo es correcta y verdadera. Declaro, bajo pena de perjurio en virtud de las leyes de los Estados Unidos de América, que lo anterior es verdadero y correcto.

Reconozco que, a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia de la Conciliación, de conformidad con los términos establecidos en el Acuerdo de Conciliación, y por efecto de la ley y la Sentencia Definitiva, se considerará que libero y eximo para siempre, y se me prohibirá a perpetuidad presentar, cualquier reclamación relacionada con el supuesto Incidente de datos y las Reclamaciones eximidas contra Columbia y las Partes eximidas (según se definen más detalladamente en el Acuerdo de Conciliación y/o la Sentencia definitiva).

Entiendo que esta Reclamación podría estar sujeta a auditoría, verificación y revisión por parte de un Tribunal judicial y que el Administrador de la Conciliación puede requerir que se complemente esta reclamación o que yo facilite información adicional. También comprendo que todos los pagos de reclamaciones están sujetos a la disponibilidad de fondos de la conciliación y pueden reducirse en parte o en su totalidad, dependiendo del tipo de reclamación y de las determinaciones del Administrador de la Conciliación.

Firma

Fecha - -
MM DD AAAA

Nombre en letra de imprenta

4. Instrucciones de envío

Los Formularios de reclamación deben tener fecha de franqueo postal anterior al **25 de noviembre de 2025** y deben enviarse a la siguiente dirección:

Columbia Data Incident Settlement Administrator
P.O. Box 4118
Portland, OR 97208-4118

Si se presenta por Internet, debe enviarse antes de las 11:59 p.m. hora del este, **del 25 de noviembre de 2025**, en el sitio web del Acuerdo de Conciliación, ColumbiaHealthCareDataBreach.com.